



Universidade de Aveiro
2011

Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Departamento de Línguas e Culturas
Departamento de Eletrónica, Telecomunicações e
Informática

**Carolina Isabel
Ferreira de Oliveira**

**Contributos da CIF na avaliação da disfagia no pós-
AVC**



Universidade de Aveiro
2011

Secção Autónoma de Ciências da Saúde
Departamento de Línguas e Culturas
Departamento de Eletrónica Telecomunicações e
Informática

**Carolina Isabel
Ferreira de Oliveira**

Contributos da CIF na avaliação da disfagia no pós-AVC

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor António José Monteiro Amado, Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e Coorientação da Professora Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha Mãe, por ter sempre acreditado em mim, mesmo quando me faltou a certeza de ser capaz.

o júri

presidente

Prof. Doutor Nelson Pacheco da Rocha

Professor Catedrático da Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Doutor Jorge Manuel Costa Lains

Licenciado em Medicina, Especialista em Medicina Física e Reabilitação

Prof. Doutor António Joaquim da Silva Teixeira

Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor António José Monteiro Amaro (Orientador)

Professor Coordenador da Escola Superior Saúde da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Alexandra Isabel Cardador de Queirós (Coorientadora)

Professora Coordenadora da Escola Superior Saúde da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Professora Assunção Matos, por me ter ensinado a gostar da área da disfagia e ao Professor Doutor António Teixeira por me ter permitido fazer a dissertação sobre esta temática.

Aos meus orientadores, Professor Doutor António Amaro e Professora Doutora Alexandra Queirós, pela inexcelável orientação, compreensão e disponibilidade.

Ao Professor Doutor Joaquim Alvarelhão e Professora Doutora Anabela Silva, por tanto terem contribuído na execução deste trabalho.

À Ana Martins, pela transmissão de conhecimentos e pelas respostas a muitas das minhas dúvidas.

Ao Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, por ter permitido a realização deste trabalho, em especial:

Aos médicos fisiatra e terapeutas da fala, pois sem eles este projeto não seria exequível.

À Anabela Neto, pela forma invariavelmente disponível com que me recebeu.

Aos doentes, por participarem e darem corpo a este trabalho.

À Daniela, à Rita e ao Francisco, pela preciosa amizade e, acima de tudo, pela inestimável paciência.

palavras-chave

Acidente Vascular Cerebral, Deglutição, Disfagia, Avaliação, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Funcionalidade.

resumo

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de lesões permanentes em adultos, estando a disfagia presente em cerca de 40-50% dos indivíduos, durante a fase aguda. Sendo a disfagia uma perturbação que pode resultar em morte, a sua abordagem segue essencialmente o modelo médico. Contudo, quando esta é observada através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), é possível expandir e melhorar avaliações e intervenções junto de indivíduos com disfagia.

O presente trabalho tem como objetivo contribuir para a criação de uma nova metodologia de avaliação no ambiente da CIF, orientada especificamente para a disfagia no pós-AVC. Essa metodologia designa-se Protocolo Disfagia no pós-AVC e divide-se em duas partes: a primeira constituída pela versão reduzida do Core Set da CIF para o AVC, e a segunda por categorias relativas à deglutição.

Os resultados (da criação do protocolo e da sua administração a 32 doentes com AVC), são indicativos de que o instrumento criado permite descrever disfagia decorrente de AVC e apresenta boas medidas de validade e medidas de fiabilidade razoáveis.

Considera-se ter sido dado um importante contributo para o crescente conhecimento ao nível da operacionalização da CIF, em especial do seu uso na prática clínica.

keywords

Stroke, Deglutition, Dysphagia, Assessment, Internacional Classification of Functioning, Disability and Health, Functioning.

abstract

Stroke is one of the main causes of permanent lesions in adults, being dysphagia present in 40-50% during the acute phase. Dysphagia is a disorder that could potentially result in death, what makes its management mostly guided by the medical model. However, when dysphagia is examined by the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), it is possible to expand and greatly enhance assessments and interventions for persons with dysphagia.

The present work aims to contribute to the development of a new methodology for assessment, according to the assumptions of ICF, specifically geared to dysphagia after stroke. This methodology is called Dysphagia After Stroke Protocol and is divided into two parts: the first consists of the Brief Core Set for Stroke and the second on ICF categories for deglutition.

The results (development of the protocol and its administration to a group of 32 patients with stroke) indicate that the created instrument is useful to describe dysphagia after stroke and has good values of validity and reasonable values of reliability.

With this work, another step towards the knowledge of the operationalization of the ICF has been made, especially within clinical practice.

Índice

Capítulo 1: Introdução	1
1.1. Enquadramento.....	1
1.2. Objetivos do estudo	2
1.3. Estrutura da dissertação	2
Capítulo 2: A disfagia como uma potencial limitação social	3
2.1. Introdução	3
2.2. O ato de ingerir: Deglutir	3
2.2.1. Deglutição normal.....	3
2.2.2. Controlo neurológico da deglutição.....	4
2.2.3. Alteração da deglutição: Disfagia.....	6
2.2.3.1. AVC como etiologia da disfagia	8
2.2.4. Avaliação da deglutição.....	9
2.2.5. O impacto de uma perturbação da deglutição	11
2.3. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.....	13
2.3.1. Introdução	13
2.3.2. Constituição da CIF	14
2.3.3. Medição na CIF	17
2.3.4. Dificuldades e limitações da CIF	17
2.3.5. A deglutição vista através da CIF.....	20
Capítulo 3: Metodologia	23
3.1. Introdução	23
3.2. Hipóteses do estudo.....	23
3.3. Desenho do estudo	23
3.4. População alvo	24
3.5. Contexto do estudo.....	24

3.6. Questões éticas	24
3.7. Amostra	25
3.8. Protocolo	25
3.8.1. Constituição do protocolo	25
3.8.2. Regras de aplicação do protocolo	26
3.9. Procedimentos	28
3.10. Organização do estudo.....	29
3.11. Análise estatística	29
Capítulo 4: Resultados	31
4.1. Introdução	31
4.2. Elaboração do protocolo	31
4.3. Administração e avaliação das propriedades psicométricas do protocolo.....	35
4.3.1. Caracterização relativa às fontes de informação	35
4.3.2. Caracterização da amostra	36
4.3.2.1. Caracterização sociodemográfica.....	36
4.3.2.2. Caracterização da lesão.....	37
4.3.3. Análise descritiva.....	37
4.3.4. Propriedade psicométricas.....	39
Capítulo 5: Discussão.....	45
5.1. Introdução	45
5.2. Elaboração do protocolo	45
5.3. Administração do Protocolo.....	46
5.3.1. Análise descritiva.....	46
5.3.2. Propriedades psicométricas	48
Capítulo 6: Conclusões.....	51
6.1. Resumo do trabalho	51
6.2. Sistematização dos resultados	51

6.3. Limitações do trabalho.....	52
6.4. Trabalhos futuros	52
Bibliografia.....	53
Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética.....	57
Anexo 2: Consentimento Informado.....	58
Anexo 3: Protocolo Disfagia no AVC	59
Anexo 4: Escala Visual Analógica	68
Anexo 5: Folha de Informações	69

Lista de Figuras

Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF (OMS, 2004)	15
Figura 2 – Exemplo de item derivado de uma categoria da componente Funções do Corpo da CIF	32
Figura 3 - Exemplo de item derivado de uma categoria da componente Estruturas do Corpo da CIF	33
Figura 4 - Exemplo de item derivado de uma categoria da componente Atividades e Participação da CIF	33
Figura 5 - Percentagem das fontes de informação utilizadas por observadores.....	35
Figura 6 – Localização hemisférica da lesão.....	37

Lista de Quadros e Tabelas

Quadro 1 - Regras de Codificação (baseado em Martins (MARTINS, 2010)).....	34
Tabela 1 - Nervos cranianos implicados na deglutição (BLEECKX, 2004, FURKIM et al., 2004)....	5
Tabela 2 – Visão geral da CIF (OMS, 2004).....	15
Tabela 3 – Funções do corpo da deglutição.....	20
Tabela 4 – Atividades e participação que interferem com a deglutição (TRAVIS T. THREATS, 2007)	21
Tabela 5 – Fatores ambientais da deglutição.....	22
Tabela 6 – Distribuição do protocolo de acordo com o entrevistador	29
Tabela 7 - Categorias da Parte C do protocolo - Componentes da Deglutição.....	31
Tabela 8 - Caracterização da amostra (sexo, idade e escolaridade)	36
Tabela 9 - Caracterização da amostra (estado matrimonial e ocupação atual)	36
Tabela 10 - Análise descritiva: média, desvio padrão (dp), mínimo e máximo do Core Set para cada categoria.....	38
Tabela 11 - Análise descritiva: média, desvio padrão (dp), mínimo e máximo da Componentes da Deglutição para cada categoria.....	38
Tabela 12 - Análise de validade de critério: por comparação entre o segundo nível de avaliação das funções de ingestão (b510) com as categorias de terceiro nível associadas a essa função (b5100 - Sugar, b5101 - Morder, b5102 - Mastigar, b5103 – Manipulação dos alimentos na boca, b5104 – Salivação e b5105 – Deglutição) (Componentes da deglutição).....	39
Tabela 13 – Análise de fiabilidade: consistência Interna do Core Set Médico	40
Tabela 14 – Análise de fiabilidade: consistência Interna do Core Set Investigador.....	40
Tabela 15 – Análise de fiabilidade: consistência Interna da Componentes da deglutição Investigador.....	41
Tabela 16 – Análise de fiabilidade: consistência Interna da Componentes da deglutição Terapeuta da Fala	41
Tabela 17 – Análise de fiabilidade: concordância entre observadores no Core Set.....	42
Tabela 18 – Análise de fiabilidade: concordância entre observadores na Componentes da deglutição.....	43

Lista de Abreviaturas

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
ICIDH	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidade e Desvantagens
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEG	<i>Percutaneous Endoscopic Gastrostomy</i> (Gastrostomia Percutânea Endoscópica)
SNG	Sonda Nasogástrica
WHODAS 2.0	<i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0</i>

Capítulo 1: Introdução

1.1. Enquadramento

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das afeções neurológicas agudas mais comuns e das patologias mais frequentes como causa de internamento hospitalar, sendo também das principais causas de lesões permanentes em adultos, com sequelas motoras globais, alterações de fala, linguagem e deglutição. Durante a fase aguda, cerca de 40-50% dos indivíduos que sofreram um AVC apresentam disfagia, ou seja, uma alteração do sistema integrado do processo de deglutição, em qualquer fase, oral, faringe e/ou esofágica (FALSETTI et al., 2009, ROCKLAND et al., 2005). Esta perturbação tem como principais complicações o declínio do estado nutricional e a pneumonia de aspiração, que contribuem para o aumento do número de dias de internamento hospitalar e consequente dos custos ao nível da saúde, podendo resultar na morte do indivíduo. Neste sentido, é uma perturbação cuja abordagem é essencialmente médica, centrada nos aspetos físicos do problema e na sobrevivência do indivíduo. Contudo, nos últimos anos tem-se assistido a uma mudança de paradigma na abordagem da disfagia que, ao ser encarada de forma mais abrangente, torna-se claramente mais que uma incapacidade crónica, numa potencial limitação social com consequências psicológicas equiparadas a uma alteração da comunicação (TRAVIS T. THREATS, 2007).

Urge então a necessidade da existência de uma ferramenta que descreva todas as limitações funcionais decorrentes desta perturbação e que reflita esta mudança de paradigma que evoluiu do modelo biomédico tradicional, com foco de atenção centrado exclusivamente na alteração biológica e na doença, para um modelo de avaliação funcional que incorpora o cuidado com as funções físicas, cognitivas e emocionais e os aspetos sociais, nomeadamente o contorno familiar e o meio circundante, com um enquadramento intersectorial e multidisciplinar.

Concretizando esta mudança paradigmática, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001, que enfatiza a funcionalidade como uma componente da saúde. O seu objetivo geral é o de proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para descrever a saúde e os estados relacionados com a saúde.

Deste modo, a CIF não vem só permitir a melhor descrição do perfil funcional do indivíduo com disfagia em situação de pós-AVC, como proporciona simultaneamente uma linguagem universal que apoia a comunicação entre profissionais. Sendo a disfagia uma perturbação que pode implicar a vida do indivíduo, torna-se incontornável um trabalho multidisciplinar, onde a

troca de informação dentro da equipa tem que ser rápida e efetiva de modo a proporcionar ao doente cuidados de saúde atempados e de qualidade, direcionados para o máximo da sua funcionalidade.

1.2. Objetivos do estudo

A CIF tem sido desenvolvida como ferramenta conceptual teórica que permite descrever, clarificar e organizar um universo inter-relacionado de aspetos relacionados com saúde, como o bem-estar e a qualidade de vida e não pretende ser uma ferramenta prática (CIEZA et al., 2008). Como forma de operacionalizar a OMS, em colaboração com outros parceiros, tem desenvolvido uma gama de ferramentas práticas como os Core Set CIF (STUCKI et al., 2002). Os Core Set são conjuntos de descritores mais relevantes para caracterizar diferentes patologias nos vários domínios da CIF.

No presente estudo pretende-se utilizar a versão reduzida do Core Set CIF para o AVC, completado com outras categorias CIF relativas à deglutição, contribuindo para a criação de uma nova metodologia de avaliação no ambiente da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), orientada especificamente para a disfagia no pós-AVC.

De modo a avaliar a concretização dos objetivos foram estipuladas duas hipóteses:

- Primeira hipótese: o protocolo criado permite classificar disfagia decorrente de AVC
- Segunda hipótese: o protocolo criado é um instrumento válido e fiável

1.3. Estrutura da dissertação

O conteúdo da presente dissertação encontra-se dividido em cinco capítulos. Neste primeiro capítulo é apresentada a introdução que conta com o enquadramento e objetivos do estudo, para além da estrutura da dissertação. A revisão bibliográfica corresponde ao segundo capítulo. O método é descrito no terceiro capítulo. Os resultados obtidos neste estudo são apresentados no quarto capítulo e a sua discussão realizada no quinto capítulo. As conclusões e perspectivas futuras são descritas no sexto capítulo.

Capítulo 2: A disfagia como uma potencial limitação social

2.1. Introdução

A disfagia é uma perturbação que potencialmente pode resultar em morte, o que faz com que a sua abordagem siga essencialmente o modelo médico. Contudo, quando a disfagia é encarada de forma mais ampla, tornam-se óbvias as limitações que ela pode causar na vida de um indivíduo, mesmo quando assegurada a sua sobrevivência. Efetivamente o dia a dia do ser humano está marcado por momentos de alimentação que, na sua grande maioria, são igualmente momentos partilhados com os outros. Deste modo, quando um indivíduo se vê confrontado com uma perturbação da deglutição, experiencia não só a alteração física no processo de deglutição, mas também a alteração na capacidade de sentar-se à mesa, tomar a sua refeição e partilhar esse momento com os outros.

Deste modo, observar a disfagia através de uma ferramenta que compreende e organiza toda a experiência da incapacidade, como é o caso da CIF, permite expandir a forma de avaliação e intervenção nessa perturbação.

2.2. O ato de ingerir: Deglutir

2.2.1. Deglutição normal

Deglutir é aparentemente um ato simples que tem como objetivo levar o alimento da boca até ao estômago, não permitindo a entrada de alguma substancia na via aérea (BLEECKX, 2004, FURKIM et al., 2004, JACOBI et al., 2003) e garantindo o estado nutricional do ser (ROCKLAND et al., 2005). O controlo da deglutição é um processo complexo que depende do sistema neuromuscular, da coordenação e do envolvimento de uma série de estruturas moles e duras, concretizando-se num processo sequencial de extrema complexidade, que permite a passagem do bolo alimentar sem ser aspirado (FURKIM et al., 2004, JACOBI et al., 2003).

Embora deglutir seja um processo contínuo, pode ser dividido, de acordo com as suas características anatómicas e funcionais, em 4 fases: preparatória oral, oral ou oral propriamente dita, faríngea e esofágica (BLEECKX, 2004, FURKIM et al., 2004, JACOBI et al., 2003, LOGEMAN, 1998, MACEDO-FILHO et al., 2000, MARCHESAN, 2005).

A fase preparatória oral inicia-se no momento de receção do alimento, qualificação e reconhecimento (tempo de preparo e separação de objetos estranhos), seguida da mastigação nos seus 3 estágios (incisão, trituração e pulverização), tendo como objetivo que o bolo se

misture com a saliva de forma a ser deglutido em segurança (BLEECKX, 2004, FURKIM et al., 2004, JACOBI et al., 2003, ROCKLAND et al., 2005).

A fase subsequente, oral ou oral propriamente dita, é uma fase voluntária que começa com a propulsão do bolo pela língua e termina com a deglutição (FURKIM et al., 2004, JACOBI et al., 2003). Embora possa ser iniciada pelo controlo voluntário do indivíduo, uma vez começada não pode ser interrompida (BLEECKX, 2004), pois os seus estádios finais são de controlo involuntário (FURKIM et al., 2004, JACOBI et al., 2003). O bolo alimentar é empurrado por um movimento de elevação do apêx da língua e da sua propulsão anteroposterior, associada a uma retração da raiz da língua (BLEECKX, 2004), ou seja, a língua pressiona o palato duro da frente para trás, sem sair do lugar e mantendo-se levantada durante toda a ação, forçando o bolo a entrar na parte superior da faringe (JACOBI et al., 2003). Aquando desta entrada o palato mole deve fechar-se para que a comida não entre para a nasofaringe (FURKIM et al., 2004, JACOBI et al., 2003).

A fase faríngea começa com o reflexo de deglutição, que pode ser desencadeado pelo aproximar do bolo alimentar aos arcos anteriores das fauces palatinas, e consiste na contração peristáltica dos constritores faríngeos para propulsionar o bolo alimentar ao longo da faringe (FURKIM et al., 2004). Esta fase, que dura aproximadamente um segundo, pode ser descrita em dois movimentos básicos. Primeiro, o levantamento de todo o tubo da faringe, incluindo a laringe que se movimenta para uma posição anterior e superior, descendo a epiglote e fechando as pregas vocais. Segundo, uma onda de contração descendente (FURKIM et al., 2004) que guia o bolo alimentar até ao esfíncter esofágico superior que se dilata para dar passagem para o esófago (BLEECKX, 2004, FURKIM et al., 2004, JACOBI et al., 2003). Esta fase é acompanhada pela interrupção da respiração, a apneia inicia-se com a entrada do bolo na parte oral da faringe e termina quando o bolo passa para o esófago (BLEECKX, 2004, LOGEMAN, 1998).

A última fase, designada de esofágica, é essencialmente reflexa. Inicia-se com a entrada do bolo alimentar no esófago (BLEECKX, 2004) e consiste numa onda peristáltica automática que propulsiona o bolo até ao estômago (FURKIM et al., 2004). Com a passagem do bolo através do esfíncter esofágico inferior e consequente entrada no estômago, inicia-se o processo de digestão (BLEECKX, 2004, ROCKLAND et al., 2005).

Para deglutirmos de forma segura necessitamos de uma coordenação precisa de todas as fases, especialmente entre a fase oral e a faríngea (FURKIM et al., 2004, JACOBI et al., 2003).

2.2.2. Controlo neurológico da deglutição

O correto desenrolar das etapas da deglutição depende de um conjunto de comandos neurológicos de diversos níveis de integração (BLEECKX, 2004). O centro destes comandos

localiza-se no tronco cerebral, mais precisamente na ponte e bulbo raquidiano (BLEECKX, 2004), onde se encontram os núcleos dos nervos cranianos responsáveis pelo movimento, sensibilidade e atividade reflexa das diferentes estruturas envolvidas na deglutição (Tabela 1).

Tabela 1 - Nervos cranianos implicados na deglutição (BLEECKX, 2004, FURKIM et al., 2004)

Nervo craniano	Aferência (Inervação sensitiva)	Eferência (Inervação motora)
V – Trigémio	Função sensitiva (geral) para: - 2/3 anteriores da língua; - mucosa da bochecha e da nasofaringe; - palato mole e duro e pavimento da boca; - articulação temporomandibular; - gengivas e dentes; - pele do lábio inferior e mandíbula.	Milohióideu; Ventre anterior do digástrico; Músculo tensor do véu do palato; Músculos da mastigação (masseter, temporal e pterigoideus interno e externo).
VII – Facial	Função sensorial (sentido do paladar) para 2/3 anteriores da língua.	Músculos da expressão facial; Estilohióideu, platisma, bucinador e ventre posterior do digástrico.
IX – Glossofaríngeo	Função sensitiva (geral) para orofaringe, amígdalas palatinas e arcos das fauces; Função sensorial (sentido do paladar) para 1/3 posterior da língua.	Constritores da faringe e estilofaríngeo.
X - Vago	Função sensitiva (geral) para a laringe e epiglote, mucosa da laringe e mucosa estriada e músculos do esófago; Função sensorial (sentido do paladar) para parte posterior da língua e epiglote.	Músculos do palato mole, faringe, laringe e esófago.
XI – Espinal	-	Músculos da laringe, exceto cricotoróideo.
XII – Hipoglosso	-	Músculos intrínsecos e extrínsecos da língua; Músculos da garganta (tiro-hióideu e génio-hióideu).

Os núcleos dos nervos cranianos distribuem-se em dois grupos bem diferenciados (BASSI et al., 2004, BLEECKX, 2004): o núcleo do trato solitário, responsável pelo início e pela organização da sequência motora da deglutição; e o núcleo ambíguo, cujos feixes nervosos transportam as ordens motoras do trato solitário.

Apesar das bases corticais e subcorticais da deglutição ainda não estarem bem definidas na literatura, está atualmente estabelecido que o córtex cerebral tem um papel importante na regulação da deglutição (BASSI et al., 2004, ERTEKIN et al., 2003, MARTIN et al., 1993). Enquanto as componentes reflexas dependem essencialmente do centro no tronco cerebral, a fase oral, até ao momento em que ocorre a propulsão do bolo alimentar, será programada e coordenada pelo córtex cerebral por ser totalmente voluntária (BASSI et al., 2004, HAMDY et al., 2000). Neste sentido, em termos reflexivos o tronco cerebral assume um papel de relevo, por parecer ele o

responsável pelo disparo do processo, ou seja, pelo iniciar do reflexo de deglutição, contudo é necessária a integração entre as áreas corticais e subcorticais para o correto desenrolar de todo o processo (BASSI et al., 2004).

Através do trato córtico-bulbar (bilateral) os núcleos motores envolvidos na deglutição são controlados pelos dois hemisférios (BASSI et al., 2004). Contudo a representação desses músculos, embora bilateral é assimétrica verificando-se a dominância de um dos hemisférios, não correspondendo necessariamente ao da dominância manual (BARRITT et al., 2009, BASSI et al., 2004, ERTEKIN et al., 2003, HAMDY et al., 2000, MARTIN et al., 1993).

O envolvimento cortical na deglutição é multifocal (ERTEKIN et al., 2003), estando englobados neste *loci* o córtex motor primário, os córtices sensório-motores, o cíngulo e a ínsula (ERTEKIN et al., 2003, HAMDY et al., 2000, HUMBERT et al., 2007, MARTIN et al., 1993). O cerebelo é igualmente referido como estrutura ativa no processo de deglutição (BASSI et al., 2004, HAMDY et al., 2000).

Para que o ato de deglutir ocorra com segurança é então necessária a integridade do sistema nervoso central e das estruturas envolvidas, o que inclui sensibilidade preservada e vias motoras íntegras.

2.2.3. Alteração da deglutição: Disfagia

Qualquer dificuldade de deglutição, congénita ou adquirida, decorrente de processo agudo ou progressivo, que interfere no transporte do bolo da boca ao estômago, é designada de disfagia (LOGEMAN, 1998, MACEDO-FILHO et al., 2000, MARCHESAN, 2005)

Esta é um processo multifatorial complexo, que afeta o sistema funcional da deglutição, em qualquer fase, oral, faríngea e/ou esofágica (FALSETTI et al., 2009, ROCKLAND et al., 2005), alterando componentes integradas e essenciais à necessidade nutricional (ROCKLAND et al., 2005).

Dependendo da fase ou fases envolvidas, a disfagia é dividida em dois grandes tipos: disfagia orofaríngea e disfagia esofágica (MACEDO-FILHO et al., 2000, ROCKLAND et al., 2005), sendo no primeiro tipo que o terapeuta da fala atua (LOGEMAN, 1998, MARCHESAN, 2005) no sentido de identificar os sintomas durante o processo de diagnóstico e, através destes, identificar as subjacentes alterações que levam a esses sintomas (LOGEMAN, 1998). O segundo tipo, disfagia esofágica, apresenta opções de conduta essencialmente medicamentosas, cirúrgicas ou de adaptações na dieta (MALAGELADA et al., 2004).

Alguns dos sinais e sintomas que caracterizam a presença de disfagia orofaríngea são: dificuldade de controlo da saliva, limitação dos movimentos rotativos da mandíbula, descontrolo

do bolo alimentar dentro da cavidade oral, queda de alimento pela boca durante a refeição, acumulação de alimento na cavidade oral, regurgitação nasal, tosse antes, durante ou após a deglutição, presença de voz molhada associada à alimentação, necessidade frequente de pigarrear, assim como sensação de paragem do alimento na garganta e necessidade de realizar deglutições múltiplas (BLEECKX, 2004, COSTA et al., 2003, FURKIM et al., 2004, JACOBI et al., 2003, LOGEMAN, 1998).

Sendo a disfagia uma alteração decorrente de uma patologia de base, a disfagia orofaríngea pode ser classificada de acordo com a sua etiologia em (MACEDO-FILHO et al., 2000, ROCKLAND et al., 2005):

- Neurogénica;
- Mecânica;
- Decorrente da idade;
- Psicogénica;
- Induzida por drogas.

As causas mais comuns de disfagia orofaríngea são os problemas neurológicos como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Traumatismo Crânio-encefálico, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, *Miastenia Gravis*, Esclerose Lateral Amiotrófica, Paralisia Cerebral (MACEDO-FILHO et al., 2000, MARCHESAN, 2005).

Na existência de alterações neurológicas evidentes, a disfagia orofaríngea neurogénica é, muitas vezes desvalorizada, sendo encarada como problema secundário ou normal (MARCHESAN, 2005). No entanto o seu potencial para causar complicações no estado de saúde do paciente é bastante significativo.

Aspiração é a complicação mais comumente associada à disfagia e consiste na entrada de material na laringe abaixo do nível das pregas vocais (BARRITT et al., 2009, BLEECKX, 2004, FALSETTI et al., 2009, LOGEMAN, 1998) . Esta pode ocorrer sem ser desencadeado qualquer reflexo de defesa (tosse ou engasgo), designando-se de aspiração silenciosa (BLEECKX, 2004, COSTA et al., 2003, FALSETTI et al., 2009, FURKIM et al., 2004) e tem sido relacionada com o aumento da morbilidade e da mortalidade em diversos estudos.

A pneumonia, causada muitas vezes por aspirações silenciosas, a desnutrição e a desidratação, são também complicações frequentes decorrentes de disfagia e que aumentam igualmente o nível de morbilidade e mortalidade associado a esta patologia, contribuindo para uma maior dependência dos serviços de saúde (BARRITT et al., 2009, LOGEMAN, 1998, MARCHESAN, 2005).

2.2.3.1. AVC como etiologia da disfagia

O AVC é a terceira maior causa de morte do mundo ocidental e a maior causa de deficiência de origem neurológica (COSTA et al., 2003), constituindo, em Portugal, um grave problema de saúde pública (FERRO et al., 2006, GEYH et al., 2004). Com uma taxa de mortalidade de 200/100 000 habitantes, uma das maiores da UE, o AVC é, em Portugal, responsável pelo internamento de 25 000 doentes por ano e por elevado grau de incapacidade – 50% dos doentes que sobrevivem a um AVC ficam com limitações na atividade e participação (SPAVC, 2009).

A disfagia é uma patologia comum após AVC, estando presente em cerca de 40-50% dos indivíduos durante a fase aguda (BARRITT et al., 2009, BARROS et al., 2006, FALSETTI et al., 2009), regredindo espontaneamente nas primeiras semanas, em 43% a 85% dos casos (COSTA et al., 2003, HAMDY et al., 1998), sendo que uma pequena percentagem dos indivíduos permanecerá com o quadro disfágico de forma persistente (BARRITT et al., 2009).

A importância de uma avaliação da deglutição na fase aguda em indivíduos com AVC é crucial para prevenir futuras complicações. A avaliação deve ser realizada precocemente, durante a primeira semana, de forma a avaliar a capacidade do paciente ser alimentado por via oral e definir uma linha de base para a avaliação das consistências que serão ingeridas de forma segura, ou a necessidade de recurso à alimentação e hidratação por via alternativa (BARRITT et al., 2009, FALSETTI et al., 2009, LEORNARD et al., 1997). Doentes com reduzido conhecimento acerca das suas alterações de deglutição têm um maior risco de desenvolver pneumonia de aspiração, o que exalta a necessidade de a avaliação ser executada no menor espaço de tempo possível após o diagnóstico de AVC (BARRITT et al., 2009).

De acordo com o local lesado do encéfalo, podem ser registadas diferentes e características alterações no processo de deglutição.

Lesões do tronco cerebral, onde se situa o centro da deglutição, acarretam frequentemente disfagia orofaríngea neurogénica (FURKIM et al., 2004), resultado da afeção de todos ou alguns núcleos dos nervos cranianos (BLEECKX, 2004), provocando um quadro de patologia periférica (BLEECKX, 2004). No estudo de Bassi e seus colaboradores (BASSI et al., 2004), lesões desta região são as únicas que conduzem à ausência do reflexo de deglutição e as que têm maior percentagem de ocorrência de aspiração, corroboradas por resultados obtidos em outros estudos.

Lesões do cerebelo conduzem a alterações consideráveis na alimentação, surgindo não só dificuldades no transporte dos alimentos do prato até à boca, por problemas de coordenação, mas também hipertonia dos músculos supra-hioideos e infra-hioideos, atraso no reflexo de deglutição, lentidão na elevação laríngea e no encerramento da *glotis* (BLEECKX, 2004).

Lesões subcorticais podem afetar tanto ligações motoras como sensoriais, de e para o córtex (LOGEMAN, 1998). Estas lesões geralmente resultam em atraso no desencadear do reflexo

de deglutição (BASSI et al., 2004, LOGEMAN, 1998), sendo que, num reduzido número dos pacientes, este atraso conduz à ocorrência de aspiração (BASSI et al., 2004, LOGEMAN, 1998). Segundo Falsetti e seus colaboradores (FALSETTI et al., 2009) lesões subcorticais do lado não dominante apresentem reduzida frequência de disfagia.

Tipicamente, doentes que sofreram lesão cerebral limitada à região posterior do córtex, sem atingimento da componente motora, não experienciam dificuldades de deglutição, exceto se o edema criado afete o córtex anterior (LOGEMAN, 1998). Lesões bilaterais do córtex apresentam os maiores índices de aspiração, comparativamente a lesões unilaterais (BASSI et al., 2004), por apresentarem quadros disfágicos mais severos (FURKIM et al., 2004). De acordo com o hemisfério lesado podem ser observadas alterações distintas da deglutição, contudo estes dados não são ainda consensuais na comunidade científica (BARROS et al., 2006, BASSI et al., 2004, FALSETTI et al., 2009, LOGEMAN, 1998). Alguns autores consideram que lesões do hemisfério direito afetam mais a fase faríngea, enquanto que lesões do hemisfério esquerdo parecem afetar a fase oral da deglutição, ou seja, a componente voluntária do processo, como a preparação do bolo e a sua propulsão (FURKIM et al., 2004, LOGEMAN, 1998); outros indicam uma maior incidência de disfagia em lesões do hemisfério direito (FALSETTI et al., 2009) ou ainda que lesões deste hemisfério conduzem a disfagias clinicamente mais significativas (DANIELS et al., 1996). De forma geral, pacientes com lesões corticais são os que apresentam menor índice de aspiração (BASSI et al., 2004).

Dificuldades de ejeção do bolo, atraso ou ausência do reflexo de deglutição, resíduos em recessos faríngeos decorrentes de dificuldade na propulsão do bolo alimentar, reduzida elevação laríngea, alteração da contração faríngea ou disfunção do músculo cricofaríngeo, aspiração e tosse, são alterações passíveis e comumente observadas em doentes com disfagia orofaríngea neurogénica decorrente de AVC (BARROS et al., 2006, BASSI et al., 2004, FALSETTI et al., 2009, HAMDY et al., 1998).

2.2.4. Avaliação da deglutição

Os procedimentos de avaliação da deglutição variam de acordo com o estado do doente, com o nível de consciência e atenção, com o ambiente (internamento, leito, ambulatório ou domicílio), com a idade e com a patologia de base (HENRIQUES, 2009).

Particular atenção tem sido dada a estratégias de diagnóstico que proporcionem tanto informação quantitativa como qualitativa em relação à disfagia orofaríngea neurogénica. Avaliações clínicas e estudos radiológicos dinâmicos da deglutição representam as componentes major destes protocolos de diagnóstico (LEORNARD et al., 1997).

A avaliação clínica da deglutição é fundamental e deve preceder qualquer avaliação instrumental, pois ela determina qual o exame complementar que será mais apropriado para cada caso, para além de fornecer dados não observados nos exames (MACEDO-FILHO et al., 2000, ROCKLAND et al., 2005).

Esta é atualmente o tipo de avaliação mais frequente, diretamente relacionada com o seu carácter económico, não invasivo, temporalmente eficiente e consumidor de poucos recursos (MANN, 2002).

A avaliação clínica deve ser realizada em 3 etapas: anamnese, exame do paciente ou avaliação estrutural e avaliação funcional da alimentação (MACEDO-FILHO et al., 2000).

No primeiro momento de abordagem ao doente, deve-se avaliar o seu estado geral de consciência e nível de atenção, cooperação, assim como o seu nível de compreensão e expressão da linguagem (COSTA et al., 2003, JACOBI et al., 2003, LOGEMAN, 1998, MACEDO-FILHO et al., 2000, PADOVANI et al., 2007). Caso se verifiquem alterações a estes níveis o modo de atuação deve ser repensado e adaptado à situação (COSTA et al., 2003).

A anamnese visa o levantamento detalhado do histórico clínico e alimentar do doente, bem como a compreensão que este tem da sua doença e quais as suas expectativas (COSTA et al., 2003, FURKIM et al., 2004, MACEDO-FILHO et al., 2000). Não só este envolvimento do indivíduo e da família é fundamental para o início do processo terapêutico, como o doente, mas do que ninguém, conhece as suas dificuldades e limitações (COSTA et al., 2003).

Após realizada a anamnese prossegue-se para a avaliação das componentes oromotoras e sensoriais envolvidas na deglutição (MANN, 2002). Esta tem como objetivo verificar alterações quanto à forma, tonicidade e mobilidade que possam prejudicar a eficiência da dinâmica da deglutição (COSTA et al., 2003, FURKIM et al., 2004, MACEDO-FILHO et al., 2000, MANN, 2002). Durante a avaliação da mobilidade, deve-se atender não só ao movimento em si, mas também para a sua qualidade no que diz respeito à coordenação e à velocidade, das estruturas fonoarticulatórias: lábios, dentes, língua, mandíbula, gengivas e mucosas orais, palato duro, palato mole, faringe e laringe (COSTA et al., 2003, FURKIM et al., 2004, MACEDO-FILHO et al., 2000).

Os reflexos orais normais (palatal, tosse, deglutição e vômito) e patológicos (mordida, busca e mastigação), a sensibilidade oral e a gustação (azedo, doce, salgado e amargo) são componentes sensoriais que devem igualmente fazer parte desta etapa avaliativa (COSTA et al., 2003, MACEDO-FILHO et al., 2000).

Depois de reunidas estas informações, efetua-se a avaliação funcional da alimentação, que consiste, basicamente, na observação de uma refeição do doente (COSTA et al., 2003, MACEDO-FILHO et al., 2000, ROCKLAND et al., 2005).

Quando esta observação não é possível porque, de acordo com os dados da anamnese e do exame estrutural, existem suspeitas de perturbação, alimentando-se o doente por via alternativa ou por via oral com restrições (COSTA et al., 2003, MACEDO-FILHO et al., 2000), a avaliação deve ser executada com saliva e/ou pequenas quantidades de alimentos de diferentes consistências (líquido, pastoso e sólido). A consistência pastosa deve ainda ser testada em distintos tipos (fino, néctar, mel e pudim¹), de forma a identificar qual a mais segura para o indivíduo (LOGEMAN, 1998, MANN, 2002).

No decurso desta fase da avaliação observa-se então: eficiência da captação; preparação do bolo; escape oral de alimento; regurgitação nasal; utilização de manobras posturais e/ou facilitadoras; necessidade de deglutições múltiplas; elevação laríngea; presença de tosse; engasgamento ou outros sinais de penetração laríngea ou aspiração (pigarreio, dispneia); alteração da qualidade vocal e o tempo de refeição (COSTA et al., 2003, FURKIM et al., 2004, MACEDO-FILHO et al., 2000, PADOVANI et al., 2007).

Toda a abordagem clínica deve ser monitorizada com recursos instrumentais, como a auscultação cervical e a oximetria de pulso (COSTA et al., 2003, MACEDO-FILHO et al., 2000, PADOVANI et al., 2007).

Após a avaliação clínica é então possível formular hipóteses que justificam os achados clínicos e que permitem indicar quais os exames complementares pertinentes (FURKIM et al., 2004, MACEDO-FILHO et al., 2000). Assim, com objetivo de observar como a deglutição é processada, com que grau de efetividade o alimento atinge o esófago e, principalmente, se a deglutição está a ser segura, estão atualmente disponíveis vários métodos para realizar esta avaliação, como por exemplo: a videofluoroscopia da deglutição, a endoscopia da deglutição, a ecografia da deglutição e a cintilografia (MACEDO-FILHO et al., 2000).

2.2.5. O impacto de uma perturbação da deglutição

A alimentação, além de ser o principal suporte para a manutenção da vida, está também relacionada a um dos maiores prazeres experimentados pelo homem, é de esperar que qualquer distúrbio que dificulte uma boa deglutição interfira, não só com o estado físico do indivíduo, mas também com o seu estado emocional (COSTA et al., 2003, MARCHESAN, 2005).

Isso faz-nos entender o problema que a disfagia causa não só para o indivíduo, como também para os seus cuidadores e familiares (MARCHESAN, 2005).

¹ Os tipos de pastosos são conseguidos através da adição de espessante.

Sem necessitarmos de referir grandes eventos sociais como mostras gastronómicas, provas de vinho, feiras de gastronomia, cerimónias religiosas, culturais e profissionais, todo o nosso dia a dia está repleto de rituais em torno dos atos de comer e beber. Efetivamente, estes comportamentos estão implícitos e extremamente interligados com as relações que estabelecemos com os outros. Diariamente partilhamos com os que nos rodeiam momentos de degustação, como o simples “tomar um café”, que vão para lá do básico processo de deglutição para se tornarem autênticas dinâmicas sociais.

O significado que atribuímos ao comer e beber, e ao deglutir, estão relacionados com as nossas atividades acarinhadas e relembram-nos das intangíveis experiências humanas – confiança, valor social e amor – e, portanto, torna-se parte integrante na forma como nos vemos a nós próprios como indivíduos e como nos vemos na relação com os outros (TRAVIS T. THREATS, 2007).

Quando encaramos a deglutição nestes contornos, quem sofre de disfagia, experiencia mais que a sensação de dificuldade ao alimentar-se ou hidratar-se, experiencia a privação de se envolver nos mais diversos eventos sociais.

Ir ao café e ter que adicionar espessante na água, escolher um prato num restaurante sabendo que este não pode conter líquidos, estar numa festa de anos e não poder comer uma fatia do bolo de aniversário porque os sólidos foram eliminados da sua dieta, sentar-se a uma mesa e não usar talheres mas uma sonda nasogástrica, são algumas das situações que podem fazer parte da vida de um indivíduo com perturbação da deglutição. Assim torna-se mais fácil perceber o porquê de muitas vezes estes indivíduos se privarem de realizar determinadas atividades do dia a dia que envolvam locais públicos ou a interação com pessoas menos familiarizadas com a sua situação.

Torna-se claro que a disfagia é mais do que uma incapacidade crónica, sendo também uma potencial limitação na atividade/participação e com consequências biopsicossociais (TRAVIS T. THREATS, 2007), que deve ser classificada através de uma ferramenta que nos forneça uma perspetiva global da funcionalidade (ou condição) do indivíduo, como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde nos fornece.

2.3. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF

2.3.1. Introdução

Ao longo dos tempos foram propostos dois grandes modelos conceptuais de incapacidade, o modelo médico, que define saúde como ausência de doença e considera que a incapacidade começa onde a saúde termina e o modelo social onde a incapacidade é o resultado de fatores sociais, culturais e ambientais (CIEZA et al., 2008, WHO, 2002).

Para o modelo médico a incapacidade é considerada como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença e, por conseguinte, focaliza a avaliação e o tratamento nos sinais e nos sintomas da patologia, sendo a assistência médica prestada sob a forma de tratamento individual por profissionais de saúde (OMS, 2004). Por sua vez, o modelo social considera a questão principal como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade (OMS, 2004).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), por si só, nenhum dos modelos é adequado (WHO, 2002), tendo desenvolvido, deste modo, a CIF, que se baseia numa integração dos dois modelos, onde, para se obter uma integração das várias perspetivas de funcionalidade é utilizada uma abordagem biopsicossocial (OMS, 2004), indicando que fatores biológicos, individuais e sociais contribuem para a saúde (WHO, 2002). A CIF entende a saúde como um variado *continuum* desde a perspetiva centrada no corpo (“a experiência física da saúde”), até uma perspetiva mais compreensiva (“a experiência total da saúde”), e finalmente, numa perspetiva global (“a experiência humana”) que vê a saúde como parte integrante da condição humana (CIEZA et al., 2008). Por outras palavras, a doença, a forma como a pessoa vive a doença e a forma com o pessoa vive a sua vida, sendo esta última resultado de uma série de fatores, como a sua doença, a sua família, as suas finanças, as suas atividades de lazer, entre outras.

A CIF foi aprovada pela Quinquagésima Quarta Assembleia Mundial de Saúde em maio de 2001 (OMS, 2004), resultando da revisão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) (CIEZA et al., 2008, JELSM, 2009). “Revisão” não parece ser o melhor termo, visto que a CIF é na verdade uma nova classificação, que se suporta num diferente pressuposto teórico relativamente ao da ICIDH de 1980 (DAHL, 2002).

Tendo em consideração as críticas direcionadas à ICIDH, como o uso de termos negativos como *handicap* (desvantagem) e pelo não reconhecimento explícito do papel do ambiente no seu modelo, adotando uma visão médico-biológica da incapacidade, a CIF inclui o ambiente e fatores ambientais em conjunto com a condição de saúde, o que reflete a integração dos dois principais paradigmas conceptuais previamente referidos, o modelo médico e o social (CIEZA et al., 2008).

Com a CIF é assim criada uma nova conceptualização que considera o impacto ambiental no atual nível de funcionalidade de um indivíduo. A incapacidade deixa de ser a consequência de um problema de saúde, para ser igualmente determinada pelo meio físico, serviços, produtos e tecnologias disponíveis na sociedade, atitudes e legislação, que são os fatores ambientais (DAHL, 2002).

A CIF é então uma classificação integrativa e não meramente médica ou social. Da mesma forma regista a funcionalidade humana e não apenas a incapacidade, classificando tudo o que o indivíduo é capaz de fazer, para além daquilo que não é capaz ou em que tem dificuldade. Apresenta-se como uma classificação multidimensional e interativa e rejeita a ligação linear entre a condição de saúde e a funcionalidade, recusando que dois indivíduos que partilhem das mesmas deficiências físicas experienciem das mesmas limitações no seu dia a dia (CIEZA et al., 2008).

A CIF integra, juntamente com a Classificação Internacional de Doenças (CID), a “família” das classificações internacionais desenvolvidas pela OMS.

Estas duas classificações complementam-se, enquanto a CID proporciona um “diagnóstico” de doenças, perturbações e outras condições de saúde, a CIF proporciona uma descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde (OMS, 2004, WHO, 2002).

De forma isolada, a CIF é uma ferramenta que classifica a funcionalidade do indivíduo na sociedade, independentemente das causas da incapacidade (WHO, 2002).

Em conjunto, estas duas classificações, CID e CIF, fornecem informações sobre o diagnóstico e sobre a funcionalidade, dando uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas e das populações (OMS, 2004).

O potencial da CIF como classificação teórica parece particularmente promissor para as áreas de reabilitação e de saúde pública (TEMPEST et al., 2006). Efetivamente a CIF é uma ferramenta que permite estruturar a reabilitação (TEMPEST et al., 2006) e pode igualmente suportar a documentação e a avaliação da qualidade desses serviços (DAHL, 2002). Ajuda na comunicação em equipas multidisciplinares, pois o uso de termos comuns permite a formulação de objetivos de reabilitação que são identificáveis e com sentido para todos os envolvidos, facilitando a clarificação dos papéis dos elementos das equipas e as razões clínicas para a intervenção (DAHL, 2002, STUCKI et al., 2008, TEMPEST et al., 2006).

2.3.2. Constituição da CIF

A CIF é uma ferramenta da classificação que proporciona uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde (OMS, 2004, WHO, 2002).

A classificação encontra-se dividida em duas partes: a primeira, Funcionalidade e Incapacidade, que inclui as componentes, funções e estruturas do corpo e atividades e participação; e a segunda, Fatores Contextuais, incluindo fatores ambientais e fatores pessoais. (OMS, 2004), podendo, cada componente ser expressa em termos positivo e negativos (Tabela 2).

Tabela 2 – Visão geral da CIF (OMS, 2004)

	Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade		Parte 2: Fatores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do Corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais	Fatores Pessoais
Domínios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo	Áreas Vitais (tarefas, ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) Mudanças nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade de execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
Aspetos Positivos	Integridade funcional e estrutural	Atividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspetos Negativos	Deficiência	Limitação da atividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

Explorando os aspetos positivos surge o termo funcionalidade, aquilo que, através da integridade funcional e estrutural, das atividades e participação, em interação com ao fatores contextuais, um individuo é capaz de fazer. Por outro lado, o termo incapacidade emerge quando as componentes são expressar em termos negativos, referindo-se a deficiências nas funções e estruturas do corpo, limitações da atividade e restrições na participação (OMS, 2004).

A funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo surgem então através da interação dinâmica entre as diferentes componentes da CIF (OMS, 2004), representada na Figura 1.

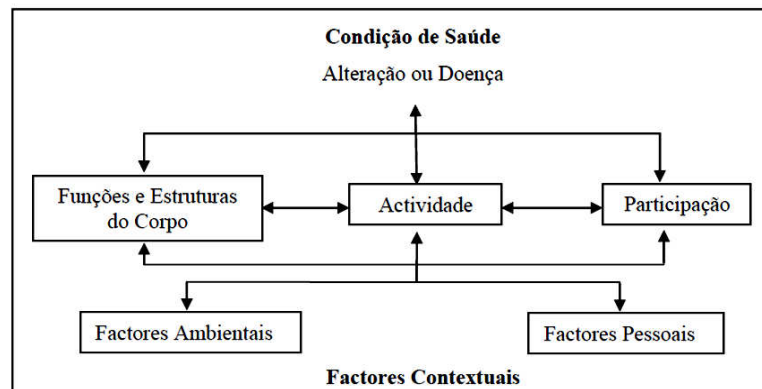


Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF (OMS, 2004)

Cada componente contém vários domínios e em cada domínio há várias categorias, que são as unidades de medida da classificação (OMS, 2004). Num total de 1242 categorias, cada uma delas é significativa e discreta e, em conjunto, tornam-se cumulativas e exaustivas, cobrindo todo o espectro da experiência humana. (CIEZA et al., 2008).

Através de um código alfanumérico cada categoria é representada por uma letra que indica a componente – (b) Funções do corpo, (s) Estruturas do Corpo, (d) Atividades e participação e (e) Fatores Ambientais –, seguida de um código numérico, iniciado pelo número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos), pelo terceiro nível (um dígito) e pelo quarto nível (um dígito), como esquematizado no exemplo abaixo (OMS, 2004):

b1	Funções Mentais	Item de primeiro nível
b167	Funções metais da linguagem	Item de segundo nível
b1670	Receção da linguagem	Item de terceiro nível
b16700	Receção de linguagem oral	Item de quarto nível

Baseado na hierarquia associada à estrutura das categorias CIF, uma categoria de nível superior partilha os atributos da categoria de nível inferior à qual a primeira pertence (OMS, 2004). O facto de todas as categorias CIF estarem acompanhadas de uma breve definição bem como informações acerca do que inclui e exclui, torna-as inequívocas (CIEZA et al., 2008).

Deste modo, a saúde e os estados relacionados com a saúde de um indivíduo podem ser registados através da seleção do código ou códigos apropriados da categoria, que só estão completos com o acréscimo de um qualificador. Estes são códigos de uma escala ordinal genérica de 5 degraus que especificam a extensão ou magnitude da funcionalidade ou da incapacidade naquela categoria, ou em que medida um fator ambiental facilita ou constitui um obstáculo (OMS, 2004). A informação de cada categoria tem ainda a possibilidade de ser registada como “inespecífica” e “não aplicável”.

A CIF é uma classificação complexa que representa, por um lado, uma importante ferramenta para compreender e organizar a experiência da incapacidade e, por outro lado, uma classificação sistemática que permite a codificação de todos os componentes da saúde e da funcionalidade (STUCKI et al., 2002).

2.3.3. Medição na CIF

A CIF tem sido considerada como uma classificação de referência e não pretende ser uma ferramenta prática. Assim, em colaboração com outros parceiros, a OMS tem desenvolvido uma gama de ferramentas práticas que visam operacionalizar a aplicação da CIF, nomeadamente, *Checklist*, WHODAS 2.0 e Core Set (STUCKI et al., 2008).

A *Checklist* é uma versão reduzida da CIF, correspondendo a uma listagem de 125 categorias de segundo nível, com o intento de serem as que fornecem as informações mais relevantes para a descrição do perfil funcional de um indivíduo. Toda a informação de registos escritos, respondente primário, outros informantes e observação direta pode ser usada para o seu preenchimento que dura aproximadamente 1 hora. Ao contrário do propósito teórico da CIF, as categorias presentes na *Checklist* não são exaustivas e esta visa ser uma ferramenta prática a ser usada por clínicos ou profissionais da área da saúde ou das áreas sociais (OMS, 2004, STUCKI et al., 2008).

O *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0) é um instrumento desenvolvido pela OMS a fim de avaliar as limitações na atividade e restrições na participação sentidas por um indivíduo, independentemente do seu diagnóstico médico (FEDERICI et al., 2009). Como ferramenta prática, o seu principal objetivo é refletir as características principais da CIF e suportar a aplicação desta classificação (DAHL, 2002).

Os Core Set podem ser definidos como uma seleção de domínios da CIF que inclua o mínimo de domínios possíveis, mas suficientemente abrangente de forma a englobar o protótipo do espectro de limitações de funcionalidade e saúde encontrados numa condição específica de saúde. Ao delimitarem o número de domínios a avaliar, têm a vantagem de ser práticos no contexto clínico para capturar o perfil funcional do doente (STUCKI et al., 2002).

Uma outra forma de medição na CIF é o mapeamento de itens de instrumentos de medida, que consiste na codificação de informações de instrumentos de medida já existentes em categorias CIF (CIEZA et al., 2008, STUCKI et al., 2008). Este mapeamento é realizado através de um conjunto de regras específicas sugeridas por Cieza e colaboradores (CIEZA et al., 2005) para codificar medidas de estados de saúde, clínicas e técnicas.

2.3.4. Dificuldades e limitações da CIF

O potencial da CIF como ferramenta de trabalho é indiscutível e o número de publicações com referência à CIF permite verificar que esta se está a tornar uma ferramenta mundialmente aceite para descrever funcionalidade, em particular na área da reabilitação. (JELSMA, 2009). Esta aceitação e uso da CIF como uma ferramenta e uma classificação de referência tem sido facilitada

pelo seu desenvolvimento num processo consensual abrangente em termos mundiais e pelo aumento de evidências demonstrando a sua validade (STUCKI et al., 2008). Contudo esta aceitação e uso depende também do resultado de desafios conceptuais e metodológicos (STUCKI et al., 2008) e, neste sentido, surgem já algumas limitações e constrangimentos na sua aplicação, reportados por investigadores um pouco por todo o mundo.

Alguns estudos realizados encontraram exceções na premissa de que é possível mapear itens de uma vasta gama de instrumento de medida em categorias CIF, como é o caso do estudo de Granlund e seus colaboradores (GRANLUND et al., 2004) que concluíram que é possível não se conseguir atribuir uma categoria CIF a itens de questionários existentes, e o de Cieza e Stucki (CIEZA et al., 2008) que refere que diferentes conceitos podem ser associados à mesma categoria CIF.

No seu artigo de revisão, Jelsma (JELSMA, 2009) refere que os 3 maiores problemas reportados pelos investigadores estão relacionados com a codificação: falta de códigos, sobreposição de códigos e falta de diferenciação entre códigos de níveis mais baixos (falta de granularidade, especificidade) e a necessidade de associar vários itens de um instrumento a um único código CIF, especialmente nas funções das emoções.

De acordo com a CIF (OMS, 2004), para que os qualificadores sejam usados universalmente, devem ser desenvolvidos métodos de avaliação através de pesquisas. Resultados obtidos em ensaios de campo realizados na Dinamarca verificaram que estas escalas genéricas não se conseguem aplicar a todas as categorias, sendo que as categorias de diferentes tipos ou naturezas necessitam, consequentemente, de diferentes escalas de classificação (DAHL, 2002).

Em concordância com estes resultados, os qualificadores tal como definidos não são universalmente aplicados, com alguns autores a agrupar diferentes escalas e outros a dicotomizá-los em problema/sem problema. Efetivamente, de acordo com os dados encontrados por Jelsma (JELSMA, 2009), os qualificadores foram apenas discutidos em 14% dos artigos e o seu uso foi indicado como a parte mais difícil no treino de utilização da CIF.

Na visão geral da CIF, os domínios das estruturas e das funções do corpo, das atividades e da participação, são distintos uns dos outros. Contudo na sua taxonomia, existe apenas um qualificador numérico para atividade e participação, apesar de se tratarem de dois domínios distintos (RESNIK et al., 2009).

Segundo a CIF (OMS, 2004) para a atividade o qualificador utilizado é a capacidade e descreve a aptidão do indivíduo para executar uma tarefa ou ação num ambiente “padronizado”, para a participação é o desempenho, descrevendo o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual, incluído num contexto social.

Apesar de distintos, Atividades e Participação são colocados na mesma lista, como se fossem o mesmo conceito e em anexo à classificação são sugeridos diferentes formas de usar estas noções específicas (DAHL, 2002).

A falta de uma distinção clara entre atividade e participação dentro do esquema de codificação da CIF e a possibilidade de escolha de entre uma gama de diferentes abordagens recomendadas pela OMS conduz a diversos constrangimentos entre os investigadores (CIEZA et al., 2008, DAHL, 2002, JELSMA, 2009, RESNIK et al., 2009):

- Inexistência de consenso acerca dos domínios da componente Atividade e Participação;
- Possibilidade de os resultados de diferentes estudos poderem divergir pelo facto de terem sido usadas diferentes abordagens, inviabilizando a comparação de resultados, nacional e internacionalmente.

Corroborando estas dificuldades, Jelsma (JELSMA, 2009) registou que alguns autores não fazem distinção entres atividades e participação, outros que estes conceitos são diferentes e que devem ser separados e outros ainda que é difícil definir ambiente “standard”. Os conceitos de capacidade e desempenho suscitam igualmente várias interpretações: para uns capacidade está relacionada com o que se consegue fazer e desempenho como o que se faz; para outros estes constructos são referidos como a quantidade de assistência requerida, apesar de muito poucos artigos mencionarem se a atividade é medida com ou sem ajuda ou assistência; para outros ainda os conceitos de capacidade e desempenho são ferramentas úteis para entender o efeito da terapia.

Deste modo, o uso dos qualificadores nas componentes das Atividades e Participação parecem ser para os investigadores o maior desafio e tende a levar à incorreta ou não standardizada aplicação em determinados casos. (JELSMA, 2009).

Problemas com os fatores ambientais são também relatados no artigo de revisão de Jelsma (JELSMA, 2009), nomeadamente o facto de alguns fatores poderem ser facilitadores e barreiras em simultâneo para diferentes categorias e em diferentes tempos, o que faz com que, para suprir esta dificuldade, alguns estudos apenas reportem barreiras e excluam os facilitadores.

De entre uma série de dificuldades e limitações sentidas, ora por uns, ora por outros autores, é consensual que a principal limitação é a inexistência de códigos para os fatores pessoais (JELSMA, 2009). Não obstante, os especialistas expressaram a forte convicção de que os “fatores pessoais”, que ainda não estão classificados pela CIF, desempenham um papel muito importante na funcionalidade e na saúde dos indivíduos, devendo ser considerado prioritário o seu desenvolvimento futuro (GEYH et al., 2004).

Atualmente a OMS tem em movimento um processo de atualização da CIF, sendo esperado que algumas das dificuldades e limitações relatadas sejam superadas durante esse processo (JELSMA, 2009).

2.3.5. A deglutição vista através da CIF

A literatura ainda é essencialmente descritiva, cabendo aos profissionais a introdução da CIF na sua prática clínica, transpondo a linguagem, ferramenta e classificação CIF para os seus modelos, definições e medidas (TEMPEST et al., 2006).

Efetivamente a CIF fornece toda uma distinta linguagem que deve ser equiparada à que os especialistas usam na sua prática clínica, cabendo ao profissional de cada área fazer este processo de mapeamento.

As Estruturas do Corpo envolvidas na deglutição devem incluir partes do sistema neurológico e estruturas necessárias para levar a cabo o ato físico de introduzir comida na boca, manipulá-la de forma adequada e transportá-la até ao estômago, como as estruturas da boca (e320), a faringe (e330) e a laringe (e340) (TRAVIS T. THREATS, 2007).

As categorias das Funções do Corpo que descrevem diretamente o processo de deglutição, nas suas diversas fases, correspondem ao conjunto dos sub-níveis da categoria b510 – Funções de Ingestão (Tabela 3).

Tabela 3 – Funções do corpo da deglutição

Fases da deglutição	Categorias CIF correspondentes
Fase preparatória oral	b5100 Sugar
	b5101 Morder
	b5102 Mastigar
	b5103 Manipulação dos alimentos na boca
	b5104 Salivação
Fase oral	b51050 Deglutição oral
Fase faríngea	b51051 Deglutição faríngea
Fase esofágica	b51052 Deglutição Esofágica

Além das categorias da tabela acima, que têm relação direta com o processo de deglutição, existe um conjunto de Funções do Corpo que podem ter um impacto significativo nesse processo e, conseqüentemente, no potencial do indivíduo para o comer e beber. Códigos como motivação (b1301), apetite (b1302), gosto (b250), atenção (b140) e *insight* (b1644) devem ser avaliados para

obter uma compreensão mais abrangente das dificuldades de deglutição, pois estes contribuem para os fatores de risco para a aspiração (TRAVIS T. THREATS, 2007).

As Atividades e Participação diretamente relacionadas com a deglutição são descritas por um número relativamente reduzido e intuitivo de categorias, nomeadamente o comer (d550) e o beber (d560). Porém, como previamente referido, os atos de comer e beber são comportamentos sociais e na avaliação da severidade da disfagia devem estar incluídos os seus efeitos em atividades que possam sofrer limitações devido a uma alteração da deglutição e, concludentemente restrições na participação (Tabela 4).

Tabela 4 – Atividades e participação que interferem com a deglutição (TRAVIS T. THREATS, 2007)

d630 Preparar refeições
d850 Trabalho remunerado
d9100 Associações informais
d9102 Cerimónias
d920 Recriação e lazer
d930 Religião e vida espiritual

No que concerne aos Fatores Ambientais da CIF, estes são necessários para entender completamente o impacto da disfagia na vida do indivíduo, estando listados na Tabela 5 alguns dos que podem estar mais relacionados com a deglutição. Estes podem ser considerados barreiras ou facilitadores, nomeadamente, se a consistência da dieta está disponível (e1100 – Alimentos), ou qual o suporte e as atitudes dos membros da família face ao problema (e310 e e410). Por exemplo, Atitudes individuais de profissionais de saúde é uma categoria na CIF, correspondente ao código e450, que pode afetar se um determinado indivíduo deverá ainda beneficiar de intervenção nas questões de deglutição, como é o caso de doentes idosos (TRAVIS T. THREATS, 2007).

Tabela 5 – Fatores ambientais da deglutição

e1100 Alimentos
e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária
e240 Luz
e250 Som
e310 Família próxima
e320 Amigos
e340 Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais
e410 Atitudes individuais de membros da família próxima
e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde
e580 Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a saúde

Com uma visão mais ampla acerca da avaliação em disfagia seguindo a ferramenta CIF, os doentes com disfagia podem usufruir de intervenções que vão ao encontro de uma maior autonomia e qualidade de vida. Comer e beber, tal como comunicar, são comportamentos centrais na definição do que é ser-se humano e animal social, devendo ser igualmente vistos como um fenómeno complexo em detrimento de uma simples deficiência nas Funções do Corpo, como por exemplo o tempo de atraso no desencadear do reflexo de deglutição (TRAVIS T. THREATS, 2007).

Capítulo 3: Metodologia

3.1. Introdução

O presente estudo preliminar visa contribuir para a operacionalização de uma nova metodologia de avaliação no ambiente da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), contendo como objetivo específico a identificação dos contributos e das limitações da utilização da classificação CIF na área da Disfagia.

Para cumprir esses objetivos foi delineada a metodologia seguidamente descrita.

3.2. Hipóteses do estudo

De acordo com os objetivos do estudo estipularam-se as seguintes hipóteses:

- Primeira hipótese: o protocolo criado permite classificar disfagia decorrente de AVC;
- Segunda hipótese: o protocolo criado é um instrumento válido e fiável.

A primeira hipótese foi avaliada através da exploração das dificuldades e limitações da aplicação do protocolo, bem como da análise descritiva dos seus resultados (análise qualitativa).

A segunda hipótese foi avaliada através da análise da validade de critério analisada por comparação entre o segundo nível de avaliação das funções de ingestão (b510) com as categorias de terceiro nível associadas a essa função (b5100 - Sugar, b5101 - Morder, b5102 - Mastigar, b5103 – Manipulação dos alimentos na boca, b5104 – Salivação e b5105 – Deglutição) e através da fiabilidade do tipo consistência interna e concordância entre observadores.

3.3. Desenho do estudo

O presente estudo partilha com um estudo preliminar desenvolvido por Martins (MARTINS, 2010), intitulado “Fatores Ambientais na Funcionalidade de Pessoas com AVC”, o objetivo de contribuir para a validação de uma metodologia de avaliação no âmbito da CIF.

Deste modo, foi seguida a sua metodologia e integrados os seus resultados no desenho do presente estudo, que consistiu em duas fases: 1) construção de uma lista de categorias CIF para a componente de deglutição; 2) administração do instrumento.

Na fase 1, a equipa multidisciplinar envolvida no estudo, constituída por profissionais de diferentes áreas: medicina física e reabilitação, tecnologias da saúde, terapia ocupacional, fisioterapia e terapia da fala, depois de treinados no uso da CIF e da pesquisa bibliográfica, identificaram categorias CIF relevantes da área da deglutição para constituir o instrumento de avaliação.

Na fase 2, o instrumento criado foi administrado a uma amostra de doentes com AVC, consistindo no desenvolvimento de um estudo de investigação estruturado ou quantitativo, de carácter exploratório – descritivo transversal. Esta abordagem quantitativa foi obtida pela aplicação do mesmo instrumento por dois entrevistadores em momentos distintos, com um intervalo máximo de 7 dias entre as aplicações, com o intuito de testar as suas propriedades psicométricas.

3.4. População alvo

A população alvo do estudo foi constituída por doentes internados no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (CMRRC – RP) em sequência de AVC. A seleção da população alvo do estudo está diretamente relacionada com o facto de o AVC ser uma condição de saúde de elevada prevalência, estando os problemas de deglutição presentes em cerca de metade dos casos, numa fase aguda.

3.5. Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido em meio natural no serviço de internamento de Reabilitação Geral de Adultos do CMRRC – RP.

Após seleção por conveniência do contexto, foi solicitada autorização aos responsáveis da instituição no sentido da realização do estudo.

3.6. Questões éticas

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro de Medicina Física e Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais (Anexo 1).

A todos os doentes que preenchessem os critérios de inclusão foi solicitada a sua participação, informando-os de que eram livres de recusar, bem como de desistir a qualquer momento. Aqueles que consentiram participar foi-lhes pedido que dessem o seu consentimento informado (Anexo 2).

De forma a garantir o anonimato dos participantes, a informação recolhida foi codificada e mantida estritamente confidencial para todos os que não estiveram diretamente envolvidos no estudo.

3.7. Amostra

Após pedido de autorização e respetivo diferimento, foi constituída uma amostra acidental ou por conveniência (FORTIN, 1999). Foram convidados a participar no estudo os doentes que se encontravam internados entre fevereiro e maio de 2011 (recrutamento consecutivo), que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos:

- Diagnóstico de AVC;
- Estar internado no CMRRC - RP;
- Compreender os objetivos do estudo e ser capaz de dar o consentimento informado.

A existência de outras patologias do foro neurológico constituiu critério de exclusão.

3.8. Protocolo

O protocolo Disfagia no AVC encontra-se dividido em 3 partes distintas (Anexo 3):

Parte A. Informação Demográfica e de Saúde

Parte B. CIF – AVC (Versão Resumida do Core Set)

Parte C. Componentes da Deglutição

Cada parte será seguidamente descrita.

3.8.1. Constituição do protocolo

Parte A. Informação Demográfica e de Saúde

Adaptada do WHODAS 2.0 esta parte conta com informações relativa ao género, data de nascimento, concelho, anos de educação formal, estado matrimonial atual, diagnóstico médico das principais condições de saúde, data do AVC, medicação, altura, peso, mão dominante (anterior à condição de saúde) e hospitalizações no último ano.

Parte B. CIF – AVC (Versão Resumida do Core Set)

A parte B corresponde à lista de 10 categorias que constituem a versão resumida do Core Set da CIF para o AVC.

O Core Set da CIF para o AVC é uma ferramenta prática que representa todas as categorias da CIF necessárias para descrever indivíduos em situação de pós-AVC (STARROST et al., 2008), sendo estas largamente consistentes com as manifestações conhecidas da patologia subjacente (GEYH et al., 2004).

Especialistas internacionais de diferentes áreas, depois de treinados na utilização da CIF e baseando-se em estudos preliminares, identificaram, através de um processo de consenso formal, 130 categorias de segundo nível para constituir a versão completa do Core Set da CIF para o AVC: 41 categorias da componente Funções do corpo, 5 da componente Estruturas do corpo, 51 da Atividades e Participação e as restantes 33 pertencentes a Fatores Ambientais (GEYH et al., 2004).

Dessas 130 categorias CIF foram selecionadas, tendo em conta os aspetos mais fundamentais e marcantes do AVC relacionados com a funcionalidade, 10 categorias para englobar a versão reduzida do Core Set da CIF para o AVC: 4 provenientes das funções do corpo, 1 das estruturas do corpo, 4 das atividades e participação e 1 dos fatores ambientais (GEYH et al., 2004).

Parte C. Componentes da Deglutição

No que concerne à Parte C, após pesquisa bibliográfica foram iniciadas sessões de *brainstorming* entre os investigadores de forma a identificar categorias relevantes para a classificação da disfagia decorrente de AVC.

Por questões de exaustão e extensão do instrumento de avaliação e pela população alvo (doentes em regime de internamento), as categorias selecionadas para a Parte C – Componentes da Deglutição, foram limitadas àquelas que têm relação direta com o processo de deglutição.

Esta decisão foi tomada consciente de que existe um conjunto de funções do corpo que podem ter um impacto significativo nesse processo e, consequentemente, no potencial do indivíduo para o comer e beber, bem como de que estes atos são comportamentos sociais, podendo, um indivíduo com alterações da deglutição, experienciar limitações na atividade e restrições na participação, de situações representadas por outras categorias.

A parte C conta então com categorias que pretendem classificar a funcionalidade de um indivíduo com perturbação da deglutição.

3.8.2. Regras de aplicação do protocolo

Para o preenchimento do protocolo o entrevistador pode recorrer a 4 fontes distintas de informação (baseadas na *Checklist* da CIF):

1. Registos escritos
2. Respondente primário
3. Outros informantes
4. Observação direta

Deste modo, no início do protocolo é solicitado ao entrevistador que indique qual o tipo de informação que usa, tendo em conta que os tipos de informação não são exclusivos, podendo ser selecionados tantos quantos os utilizados.

Cada categoria CIF presente no protocolo é quantificada em termos de:

- **Grau** – amplitude da alteração da funcionalidade e necessidade de ajuda/produtos de apoio/alterações de ambiente decorrentes dessa alteração;
- **Interferência** - impacto da alteração ou presença de um fator ambiental na vida diária, ao longo de um dia;
- **Frequência** – números de dias que ocorre a alteração ou está presente um fator ambiental, nos últimos 7 dias.

A cada elemento é atribuído um qualificador comum de uma escala ordinal com uma gradação de 0 a 4, contando, igualmente e à semelhança da CIF, com os qualificadores 8 – não especificado e 9 – não aplicável.

Na análise das Estruturas do Corpo, optou-se por avaliar as categorias com recurso aos qualificadores preconizados pela CIF:

- **Primeiro qualificador (corresponde ao Grau)** – extensão ou magnitude de uma deficiência, qualificada de acordo com a manifestação clínica da alteração ocorrida na estrutura;
- **Segundo qualificador** – natureza da mudança na estrutura corporal correspondente;
- **Terceiro qualificador** – localização da deficiência.

Neste domínio as escalas são igualmente a sugeridas pela CIF.

O qualificador usado no domínio das Atividades e Participação é o do desempenho, tanto na Parte B como na Parte C, ou seja, o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual, integrado no seu contexto social, com assistência clínica (OMS, 2004, TRAVIS T. THREATS, 2007). Recorrendo assim à opção 4 sugerida pela CIF: utilização dos mesmos domínios tanto para atividades como para participação com sobreposição total dos domínios, utilizando apenas o primeiro qualificador.

A classificação de um item é sempre feita em relação (tendo como referência) ao “normal”, isto é, aquilo que seria expectável para o grupo de indivíduos com características semelhantes (idade, sexo) e sem problemas de saúde. As informações sobre o que uma pessoa faz ou escolhe não fazer por outros motivos que não a sua condição de saúde não devem ser codificadas.

Só são avaliadas deficiências, restrições de participação e fatores ambientais que tenham derivado do AVC e ocorram exclusivamente no atual estado de saúde do indivíduo.

De forma a facilitar a resposta, durante a aplicação do protocolo é apresentada ao entrevistando uma escala visual analógica (Anexo 4).

Quando a pergunta indicada no protocolo não é suficientemente esclarecedora, sendo o entrevistado incapaz de lhe atribuir uma resposta, o entrevistador deve recorrer à CIF (descer o nível) e fazer perguntas com base na descrição que a CIF fornece.

A decisão final quanto ao qualificador a atribuir cabe ao entrevistador, na medida em que este se pode valer de diversas fontes de informação para essa quantificação, como já referido anteriormente.

3.9. Procedimentos

Após constituição do instrumento de medida, Protocolo Disfagia no AVC, deu-se início ao processo de recolha de dados que contou, numa primeira abordagem, com a realização de uma sessão de esclarecimento acerca da CIF (definição, constituição e medição) e do estudo (objetivos, metodologia de avaliação e forma de aplicação do instrumento), junto dos profissionais do CMRRC – RP direta ou indiretamente envolvidos no processo de investigação. Para concretizar o explanado e auxiliar na administração do instrumento, entregou-se um documento com indicações acerca das regras de aplicação do protocolo.

Nessa sessão foi igualmente fornecido o contacto dos investigadores e manifestada a total disponibilidade para o esclarecimento de futuras dúvidas ou questões.

Após esta etapa e antes de se dar início às entrevistas, foi realizado convite à participação no estudo aos doentes internados com AVC e, mediante resposta positiva, solicitado o seu consentimento informado (Anexo 2). Associado ao convite foi fornecida uma breve descrição do estudo, indicadas quais as implicações e benefícios na sua participação, advertida a possibilidade de recusar participar, bem como de desistir a qualquer altura, e dadas garantias da confidencialidade dos dados fornecidos. Além da explicação oral, foi entregue a cada participante uma folha com as respetivas informações escritas (Anexo 5).

As entrevistas decorreram num local com pouco ruído e sem interferência de outras atividades, promovendo a realização de uma entrevista individualizada e tranquila. A aplicação do protocolo completo (constituído pelas 3 partes) equivalia a uma entrevista de 30 a 45 minutos de duração.

De forma a não interferir com os horários das atividades dos participantes, as entrevistas eram previamente agendadas de acordo com estes.

O procedimento para recolha de dados foi constituído pela realização de 3 entrevistas individuais, realizadas por entrevistadores distintos: médicos fisiatra, terapeutas da fala e

investigador, sendo cada grupo de entrevistadores responsável pela aplicação de partes específicas do protocolo (Tabela 6):

Tabela 6 – Distribuição do protocolo de acordo com o entrevistador

Parte A Informação Demográfica e de Saúde	Parte B CIF – AVC (Versão Resumida do Core Set)	Parte C Componentes da Deglutição
Investigador	Médico Fisiatra Investigador	Terapeuta da Fala Investigador

Deste modo, a aplicação do instrumento contou com 3 momentos diferenciados, que ocorreram no período de 7 dias, de modo a evitar o registo de alterações decorrentes do fator temporal e de acordo com a análise estatística pretendida.

3.10. Organização do estudo

De acordo com as fases anteriormente descritas, o estudo decorreu cronologicamente entre março de 2010 e setembro de 2011.

Até fevereiro de 2011 foi constituído o instrumento e solicitada a autorização para a realização do estudo.

Entre fevereiro e maio de 2011, foi realizada a recolha de dados através da administração do instrumento.

Após a recolha e até setembro de 2011 procedeu-se ao tratamento dos dados e respetiva análise.

3.11. Análise estatística

Após a recolha dos dados, resultado da aplicação do protocolo, estes foram tratados com recurso ao programa de tratamento estatístico *PASW Statistics 18* para *Windows*. Para todas as variáveis analisadas o nível de significância definido foi $\alpha = 0.05$.

Os dados demográficos dos indivíduos foram caracterizados através de estatística descritiva.

A validade de critério do instrumento foi analisada através do teste de Spearman.

A fiabilidade do instrumento foi avaliada através do alfa de Cronbach para consistência interna e através do Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI) para a concordância entre observadores.

O alpha de Cronbach permitiu considerar a consistência interna fraca ($0.6 \leq \alpha \leq 0.7$); razoável ($0.7 \leq \alpha \leq 0.8$); boa ($0.8 \leq \alpha \leq 0.9$) e muito boa ($\alpha \geq 0.9$) (PESTANA et al., 2008).

Os CCI foram interpretados da seguinte forma: ausência de correlação ($CCI < 0.20$), correlação fraca ($CCI = 0.20-0.40$), correlação moderada ($CCI > 0.40-0.60$), correlação forte ($CCI > 0.60-0.80$) e correlação elevada ($CCI > 0.80-1.00$) (WALTER et al., 1998).

De acordo com a literatura um alpha de Cronbach superior a 0.7 (SPILIOTOPOULOU, 2009) e um CCI superior ou igual a 0.6 são considerados aceitáveis para a fiabilidade de um instrumento (WALTER et al., 1998).

Capítulo 4: Resultados

4.1. Introdução

De forma a organizar a apresentação dos resultados, esta será dividida nas duas etapas principais do estudo: elaboração do protocolo e administração do protocolo.

4.2. Elaboração do protocolo

O Protocolo Disfagia no AVC é constituído por 3 partes distintas:

Parte A. Informação Demográfica e de Saúde

Parte B. CIF – AVC (Versão Resumida do Core Set)

Parte C. Componentes da Deglutição

Na Parte B foram usadas as categorias do Core Set versão resumida para o AVC. A formulação das questões para cada categoria foi baseada nas definições fornecidas pela CIF, cabendo à equipa multidisciplinar envolvida no estudo a sua elaboração.

A Parte C conta com categorias que pretendem classificar a funcionalidade de um indivíduo com disfagia, englobando 12 categorias da CIF, 6 provenientes da componente funções do corpo, 1 da estruturas do corpo, 2 da atividades e participação e 3 da fatores ambientais. Estas encontram-se seguidamente tabeladas (Tabela 7):

Tabela 7 - Categorias da Parte C do protocolo - Componentes da Deglutição

Componentes CIF	Categorias CIF selecionadas
Funções do corpo	b5100 Sugar
	b5101 Morder
	b5102 Mastigar
	b5103 Manipulação dos alimentos na boca
	b5104 Salivação
	b5105 Deglutição
Estruturas do corpo	s320 Estrutura da boca
Atividades e participação	d550 Comer
	d560 Beber
Fatores ambientais	e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal
	e115 Produtos ou tecnologias para uso pessoal na vida diária
	e310 Família próxima

Cada item, tanto da Parte B como da Parte C, foi elaborado com base nos seguintes pressupostos:

- Seguir a morfologia e conceitos da CIF definidos para cada uma das categorias selecionadas;
- Situar os episódios nos últimos 7 dias, a delimitação temporal foi à semelhança do que acontece no WHODAS 2.0, contudo uma vez que o protocolo foi aplicado em situação de internamento em unidade de reabilitação intensiva, considerou-se que o espaço temporal de 30 dias era excessivamente amplo podendo registar evoluções e não diferenças devido a distintos observadores;
- Avaliar cada categoria através de 3 fatores de medição (grau, interferência na vida diária e frequência), exceto categorias provenientes das Estruturas do Corpo, em que foram utilizados os qualificadores preconizados pela CIF.

Deste modo, e dependendo da componente CIF a que se remete, cada item do protocolo (corresponde a cada uma das categorias selecionadas) tem o seguinte aspeto visual (Figura 2, Figura 3 e Figura 4).

b167 Funções mentais da linguagem

Nos **últimos 7 dias**, teve algum episódio de alteração no reconhecimento e/ou utilização da linguagem oral, escrita ou de sinais (por exemplo, sinais feitos pelas mão e outros movimentos)?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:
 [1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
 [8] Não especificado | [9] Não aplicável

Figura 2 – Exemplo de item derivado de uma categoria da componente Funções do Corpo da CIF

s110 Estrutura do cérebro

Nos últimos 7 dias, teve alguma manifestação relacionada com alguma alteração ocorrida no seu cérebro?

Grau	Natureza	Localização

Codificação:
 [1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
 [8] Não especificado | [9] Não aplicável

Natureza: [0] Nenhuma mudança na estrutura | [1] Ausência total | [2] Ausência parcial |
 [3] Parte adicional | [4] Dimensões aberrantes | [5] Descontinuidade |
 [6] Posição desviada | [7] Mudanças qualitativas na estrutura
 (incluindo acumulação de fluidos) | [8] Não especificado | [9] Não aplicável

Localização: [0] Mais de uma região | [1] Direita | [2] Esquerda | [3] Ambos os lados |
 [4] Parte anterior | [5] Parte posterior | [6] Proximal | [7] Distal |
 [8] Não especificado | [9] Não aplicável

Figura 3 - Exemplo de item derivado de uma categoria da componente Estruturas do Corpo da CIF

e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária

Utiliza produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária no seu dia a dia?

NÃO []

SIM [] *Se SIM, por favor*

Especifique: _____

E qualifique:
 Como classifica a influência de produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária no seu dia a dia?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:
Facilitador: [+1] Nenhuma | [+2] Ligeira | [+3] Moderada | [+4] Grave | [+5] Completa / Não faz
 [+8] Não especificado | [9] Não aplicável

Obstáculo: [1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
 [8] Não especificado | [9] Não aplicável

Figura 4 - Exemplo de item derivado de uma categoria da componente Atividades e Participação da CIF

De acordo com os 3 fatores de medição estabelecidos e de modo a uniformizar o preenchimento do protocolo foi criado um quadro (Quadro 1) que sistematiza a informação necessária para o seu preenchimento. O grau (ou intensidade) teve por base informação recolhida

da Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association - APA*). A interferência teve por base informação da *Checklist* da ICF (WHO, 2003) e, como já referido anteriormente, a frequência ou número de dias foi uma adaptação baseada no WHODAS 2.0 (WHO, 2010).

Este quadro foi resultado do estudo desenvolvido por Martins (MARTINS, 2010) e adaptado ao presente estudo, contando portanto com algumas alterações/especificidades, nomeadamente:

- Distinção entre funções e atividades para o fator interferência;
- Adaptação da frequência aos 7 dias estipulados.

Quadro 1 - Regras de Codificação (baseado em Martins (MARTINS, 2010))

Nível	Grau	Interferência	Frequência
0 Nenhum (0-4%)	Funcionalidade (F) normal Sem desvio significativo do normal	Não tem interferência	Não tem problema (sem ocorrências)
1 Ligeiro (5-24%)	Há desvio discernível do normal F menos eficiente ou precisa	Pode tolerar (para Funções do Corpo) Presente < 25% do tempo (para Fatores Ambientais)	Ocorre raramente nos últimos x dias (>0 e < ¼ dias) (1 dia nos últimos 7 dias)
2 Moderado (25-49%)	F é significativamente limitada Precisa de ajuda, de produtos de apoio ou alteração do ambiente	Interfere na VD (para Funções do Corpo) Presente < 50% do tempo (para Fatores Ambientais)	Ocorre ocasional/ nos últimos x dias (≥ ¼ e < ½) (2 -3 dias nos últimos 7 dias)
3 Grave (50-95%)	F é seriamente comprometida Pode não ser capaz de desempenhar as atividades, mesmo com assistência externa	Prejudica parcialmente a VD (para Funções do Corpo) Presente > 50% do tempo (para Fatores Ambientais)	Ocorre frequente/ nos últimos x dias (≥ ½) (4 – 6 dias nos últimos 7 dias)
4 Completo (96-100%)	Perda de função é total Sem F remanescente	Prejudica totalmente a VD (para Funções do Corpo) Presente > 95% do tempo (para Fatores Ambientais)	Ocorre todos os dias (7 dias)

Posteriormente, a cada item é atribuído um único qualificador que reflete a interação entre os 3 fatores de medição (MARTINS, 2010):

$$\text{Qualificador (impacto)} = f(\text{Frequência}; \text{Interferência}; \text{Intensidade})$$

Após normalizados os dados, os 3 fatores de medição são relacionados através da seguinte função:

$$\left[\frac{(\text{Intensidade} \times \text{Interferência} + \text{Frequência})}{2} \right]$$

Os qualificadores passam, com a aplicação da função, a ser expressos numa escala de 0 a 100.

Nos itens referentes a categorias das estruturas do corpo foi apenas utilizado o grau, convertido para uma escala de 0 a 100, onde o intervalo de 0-4 corresponde o qualificador 0 e o intervalo de 96-100 o qualificador 4, tal como definidos pela CIF (OMS, 2004).

4.3. Administração e avaliação das propriedades psicométricas do protocolo

4.3.1. Caracterização relativa às fontes de informação

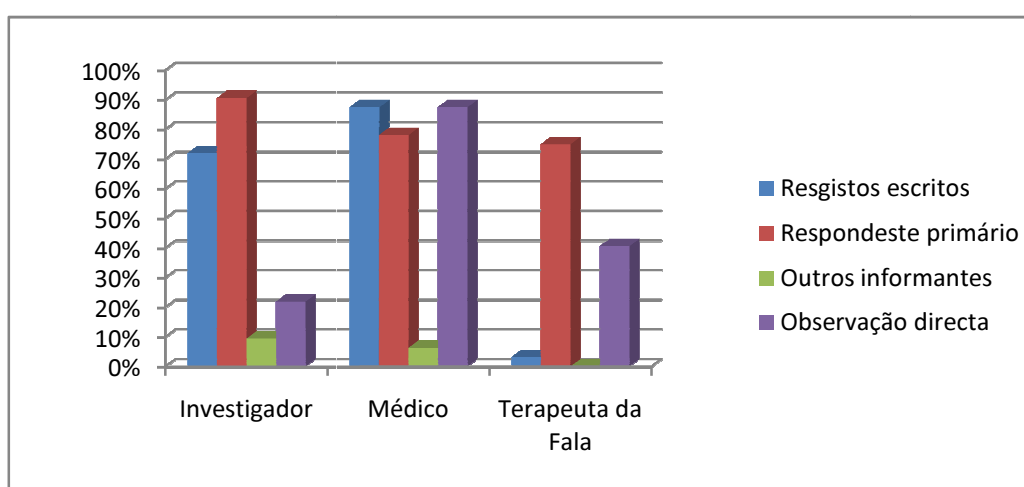


Figura 5 - Percentagem das fontes de informação utilizadas por observadores

Privilegiando a recolha do máximo de informação, como previsto no protocolo, cada observador recorreu de forma diferenciada às distintas fontes de informações possíveis. O médico recorreu, em percentagens bastante aproximadas, aos registos primários (88%), à observação directa (88%) e ao respondente primário (78%). Por sua vez, o terapeuta da fala recorreu essencialmente ao respondente primário (75%) e à observação directa (41%). No que respeita ao investigador, o respondente primário foi a fonte mais utilizada (91%), seguida dos registos escritos (72%), tendo igualmente recorrido, com inferior frequência, à observação directa e aos outros informantes (22% e 9% respetivamente).

4.3.2. Caracterização da amostra

4.3.2.1. Caracterização sociodemográfica

Tabela 8 - Caracterização da amostra (sexo, idade e escolaridade)

		n (%)	Min-max
Sexo	Masculino	16 (50%)	
	Feminino	16 (50%)	
Idade		32 (100%)	21 - 79
Anos de Educação Formal		30 (93.8%)	0 - 17

A amostra contou com 50% de participantes do sexo masculino e 50% do sexo feminino, num total de 32 doentes com idades compreendida entre os 21 e os 79 anos de idade, com um nível de escolarização variável entre os 0 e os 17 anos de educação formal (Tabela 8).

Tabela 9 - Caracterização da amostra (estado matrimonial e ocupação atual)

	n	%
Estado Matrimonial	32	100%
Nunca foi casado	1	3.1%
Casado	23	71.9%
Separado	1	3.1%
Divorciado	1	3.1%
Viúvo	2	6.3%
Coabitação	4	12.5%
Ocupação	32	100%
Emprego assalariado	17	53.1%
Trabalha por conta própria	2	6.3%
Não assalariado	-	-
Estudante	-	-
Doméstica	2	6.3%
Aposentado	7	21.9%
Desempregado (razão de saúde)	1	3.1%
Desempregado	3	9.4%

Mais de metade dos participantes (53.1%) eram empregados assalariados, sendo que da restante fatia 21.9% eram aposentados, 6.3% trabalhadores por conta própria e igual percentagem de domésticas, 9.4% encontravam-se desempregados aquando da ocorrência do AVC e 3.1% (o que corresponde 1 doente) estava desempregado devido à sua atual condição de saúde (Tabela 9).

4.3.2.2. Caracterização da lesão

No que concerne ao lado lesado, em 16 dos participantes (50%) a lesão provocada pelo AVC situava-se no hemisfério esquerdo e em 15 (47%) no hemisfério direito, sendo que 1 dos participantes (3%) apresentava lesões em mais de uma região cerebral (Figura 6).

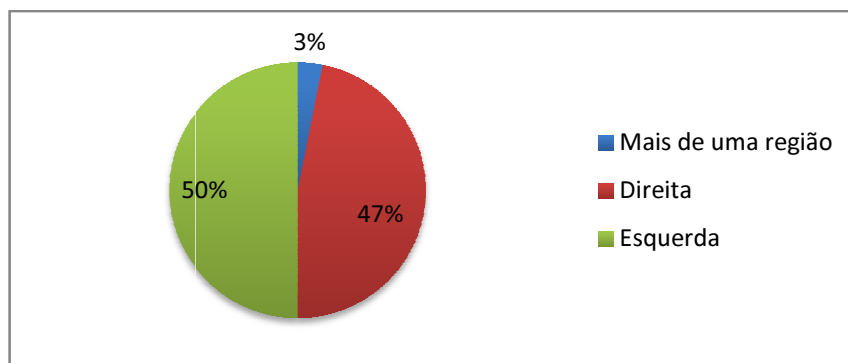


Figura 6 – Localização hemisférica da lesão

4.3.3. Análise descritiva

Da aplicação do protocolo foram identificadas algumas dificuldades, nomeadamente:

- Compreensão do conceito “alterações”, presente nas questões introdutórias dos itens do protocolo. Tanto os doentes como os profissionais tendiam a interpretar o conceito como evoluções no estado actual do doente;
- Qualificação da influência da medicação, muitas vezes os doentes manifestaram não saber a medicação que realizavam, nem a que iniciaram após o AVC;
- Significado de produtos e substâncias para consumo pessoal;
- Significado de produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária, alguns participantes questionaram se o bastão e a cadeira de rodas também faziam parte deste tipo de produtos.

Tabela 10 - Análise descritiva: média, desvio padrão (dp), mínimo e máximo do Core Set para cada categoria

Categoria CIF	Nº de casos	Média (dp)	Min-max
b110 Funções da consciência	32	1.56 (6.35)	0 - 31
b114 Funções da orientação	30	17.60 (24.38)	0 – 78
b167 Funções da linguagem	32	21.97 (34.35)	0 - 100
b730 Funções da força muscular	32	75.20 (9.75)	53 – 100
s110 Estrutura do cérebro	32	41.56 (13.16)	5 - 50
d330 Falar	32	24.51 (12.74)	0 – 100
d450 Andar	32	81.15 (12.73)	53 – 100
d530 Processos de excreção	32	29.30 (39.41)	0 – 100
d550 Comer	32	62.89 (14.37)	0 – 100
e310 Família próxima	30	⁺ 83.02 (19.59)	38 – 100

⁺ Denota um facilitador

No que respeita à funcionalidade do Core Set (Tabela 10) observa-se que as categorias e310 – Família próxima, d450 – Andar e b730 – Funções de força muscular, são as que apresentam valores de média mais elevados, 83.02 (dp=19.59), 81.15 (dp=12.73) e 72.20 (dp=9.75), respetivamente. Por sua vez, os valores de média menos elevados, 1.59 (dp=6.35), correspondem à categoria b110 – Funções de consciência.

Tabela 11 - Análise descritiva: média, desvio padrão (dp), mínimo e máximo da Componentes da Deglutição para cada categoria

Categoria CIF	Nº de casos	Média (dp)	Min-max
b5100 Sugar	29	0.00 (0.00)	0 – 0
b5101 Morder	30	5.52 (16.85)	0 – 56
b5102 Mastigar	31	13.00 (23.02)	0 – 63
b5103 Manipulação dos alimentos na boca	32	16.80 (24.15)	0 – 69
b5104 Salivação	32	7.81 (21.06)	0 – 69
b5105 Deglutição	32	11.82 (25.45)	0 – 100
s320 Estrutura da boca	32	15.63 (16.50)	0 – 50
d550 Comer	32	62.40 (13.41)	0 – 88
d560 Beber	32	48.05 (7.73)	0 – 100
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal	32	⁺ 83.59 (14.00)	63 – 100
e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	31	⁺ 64.52 (13.56)	31 – 100
e310 Família próxima	30	⁺ 83.96 (19.86)	31 - 100

⁺ Denota um facilitador

À semelhança do obtido no Core Set, a categoria d550 – Comer apresenta um valor médio de 62.40 (dp=13.41), fazendo com que, na parte Componentes da deglutição, corresponda à categoria com valor médio de limitação na funcionalidade mais elevado (Tabela 11). Seguidamente encontra-se a categoria d560 – Beber, com um valor médio de 48.05 (dp=7.73) (Tabela 11). No que respeita aos valores de média menos elevados, estes correspondem às categorias b5100 – Sugar, com valor médio de 0.00 (dp=0.00), b5101 – Morder 5.52 (dp=16.85) e b5104 – Salivação 7.81 (dp=21.06). As categorias correspondentes a fatores ambientais, e110 – Produtos ou substâncias para consumo pessoal, e115 – Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária e e310 – Família próxima, são as que apresentam os valores médios mais elevados, 83.59 (dp=14.00), 64.52 (dp=13.56) e 83.96 (dp=19.86).

4.3.4. Propriedade psicométricas

A apresentação das propriedades psicométricas do protocolo inicia-se pela análise da sua validade seguida da análise da sua fiabilidade. De forma análoga à apresentação dos dados na Análise Descritiva, os resultados referentes à avaliação da fiabilidade do instrumento encontram-se divididos em duas partes. A primeira referente aos resultados da administração da Parte B do protocolo (Core Set reduzido) e a segunda referente à Parte C (Componentes da deglutição).

Tabela 12 - Análise de validade de critério: por comparação entre o segundo nível de avaliação das funções de ingestão (b510) com as categorias de terceiro nível associadas a essa função (b5100 - Sugar, b5101 - Morder, b5102 - Mastigar, b5103 – Manipulação dos alimentos na boca, b5104 – Salivação e b5105 – Deglutição) (Componentes da deglutição)

Categoria CIF	Nº de casos	b510 Funções de ingestão
b5100 Sugar	29	0.448 ^a
b5101 Morder	29	0.765 ^b
b5102 Mastigar	29	0.642 ^b
b5103 Manipulação dos alimentos na boca	29	0.810 ^b
b5104 Salivação	30	0.257
b5105 Deglutição	30	0.849 ^b

^a Correlação é significativa ao nível 0.05

^b Correlação é significativa ao nível 0.01

Como é possível observar na Tabela 12 foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as categorias de terceiro nível (exceto b5104 – Salivação) e a categoria b510 – Funções de ingestão.

Tabela 13—Análise de fiabilidade: consistência Interna do Core Set Médico

Categoria CIF	Correlação item-total	Alpha de cronbach se item eliminado
b110 Funções da consciência	-0.140	0.556
b114 Funções da orientação	0.210	0.498
b167 Funções da linguagem	0.501	0.387
b730 Funções da força muscular	0.231	0.505
s110 Estrutura do cérebro	0.108	0.522
d330 Falar	0.491	0.377
d450 Andar	0.333	0.482
d530 Processos de excreção	0.259	0.485
d550 Comer	0.155	0.530
e310 Família próxima	-0.030	0.534
	n	Alpha de cronbach
Core Set 10 categorias	30	0.521

Tabela 14 – Análise de fiabilidade: consistência Interna do Core Set Investigador

Categoria CIF	Correlação item-total	Alpha de cronbach se item eliminado
b110 Funções da consciência	0.099	0.489
b114 Funções da orientação	0.260	0.442
b167 Funções da linguagem	0.206	0.465
b730 Funções da força muscular	0.200	0.475
s110 Estrutura do cérebro	0.382	0.432
d330 Falar	0.391	0.377
d450 Andar	0.267	0.458
d530 Processos de excreção	0.174	0.507
d550 Comer	0.246	0.457
e310 Família próxima	0.045	0.505
	n	Alpha de cronbach
Core Set 10 categorias	30	0.489

Da aplicação do protocolo obteve-se um Alpha de Cronbach de 0.489 para o Core Set aplicado pelo investigador (Tabela 14) e de 0.521 para o Core Set aplicado pelo médico (Tabela 13).

Tabela 15– Análise de fiabilidade: consistência Interna da Componentes da deglutição Investigador

Categoria CIF	Correlação item-total	Alpha de cronbach se item eliminado
b5100 Sugar	*	*
b5101 Morder	0.598	0.676
b5102 Mastigar	0.814	0.626
b5103 Manipulação dos alimentos na boca	0.840	0.617
b5104 Salivação	0.403	0.704
b5105 Deglutição	0.446	0.698
s320 Estrutura da boca	0.356	0.719
d550 Comer	0.221	0.726
d560 Beber	0.442	0.699
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal	0.082	0.739
e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	0.098	0.783
e310 Família próxima	-0.137	0.783
	n	Alpha de cronbach
Componentes da deglutição 12 categorias	24	0.728

* itens com variância zero

Tabela 16–Análise de fiabilidade: consistência Interna da Componentes da deglutição Terapeuta da Fala

Categoria CIF	Correlação item-total	Alpha de cronbach se item eliminado
b5100 Sugar	0.663	0.791
b5101 Morder	0.740	0.768
b5102 Mastigar	0.740	0.768
b5103 Manipulação dos alimentos na boca	0.803	0.763
b5104 Salivação	0.347	0.810
b5105 Deglutição	0.782	0.773
s320 Estrutura da boca	0.645	0.794
d550 Comer	0.140	0.835
d560 Beber	0.620	0.784
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal	0.420	0.804
e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	0.693	0.798
e310 Família próxima	-0.447	0.858
	n	Alpha de cronbach
Componentes da deglutição 12 categorias	19	0.812

Como se pode observar nas Tabela 15 e Tabela 16 o Alpha de Cronbach para a Parte C – Componentes da Deglutição, do protocolo foi de 0.728 e 0.812, para a aplicação do investigador e do terapeuta da fala, respetivamente, o que estatisticamente representa, para o primeiro caso uma consistência interna razoável e, para o segundo, uma boa consistência interna (PESTANA et al., 2008).

Tabela 17–Análise de fiabilidade: concordância entre observadores no Core Set

Categoria CIF	nºcasos	CCI	Intervalo confiança 95%
b110 Funções da consciência	32	-0.114	-1.282 – 0.456
b114 Funções da orientação	30	0.501 ^a	-0.047 – 0.763
b167 Funções da linguagem	32	0.775 ^a	0.538 – 0.890
b730 Funções da força muscular	32	0.584 ^a	0.148 – 0.797
s110 Estrutura do cérebro	32	0.173	-0.694 – 0.596
d330 Falar	32	0.895 ^a	0.785 – 0.949
d450 Andar	32	0.535 ^a	0.047 – 0.773
d530 Processos de excreção	32	0.665 ^a	0.314 – 0.836
d550 Comer	32	0.405	-0.220 – 0.709
e310 Família próxima	30	-0.334	-1.802 – 0.365

^a p<0.05

No que refere à análise de fiabilidade do tipo concordância entre observadores para o Core Set, utilizando o Coeficiente de Correlação Intraclassa – CCI (Tabela 17), não foi encontrada concordância para as categorias b110 – Funções de consciência, s110 – Estrutura do cérebro e e310 – Família próxima (CCI<0.2). Para as restantes categorias os valores variaram entre 0.501 (b114 – Funções de orientação) e 0.895 (d330 – Falar), indicativo da existência de correlações moderadas (b114 – Funções de orientação, b730 – Funções da força muscular, d450 – Andar, d550 – Comer), fortes (b167 – Funções da linguagem, d530 – Processo de excreção) e elevadas (d330 – Falar).

Tabela 18—Análise de fiabilidade: concordância entre observadores na Componentes da deglutição

Categoria CIF	nºcasos	CCI	Intervalo confiança 95%
b5100 Sugar	27	*	
b5101 Morder	28	0.652 ^a	0.248 – 0.839
b5102 Mastigar	29	0.870 ^a	0.723 – 0.939
b5103 Manipulação dos alimentos na boca	29	0.798 ^a	0.569 – 0.905
b5104 Salivação	30	0.602 ^a	0.164 – 0.811
b5105 Deglutição	30	0.921 ^a	0.835 – 0.963
s320 Estrutura da boca	30	0.598 ^a	0.156 – 0.809
d550 Comer	30	0.507 ^a	0.037 – 0.765
d560 Beber	30	0.743 ^a	0.460 – 0.878
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal	29	0.400	-0.279 – 0.718
e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	22	-0.014	-1.441 – 0.579
e310 Família próxima	26	0.012	-1.203 – 0.557

* itens com variância zero

^a p<0.05

Na fiabilidade da parte Componentes da deglutição, concordância entre investigadores, utilizando igualmente o CCI (Tabela 18) as categorias provenientes da componente dos fatores ambientais obtiveram os valores mais baixos, com as categorias e115 – Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária e e310 – Família próxima não atingindo valores indicativos de concordância entre os observadores (CCI<0.2) e a categoria e110 – Produtos e substâncias para consumo pessoal obtendo valores fracos de concordância (CCI=0.2-0.4)(WALTER et al., 1998).

Com exceção das categorias s320 – Estruturas da boca e d550 - Comer, que obtiveram valores de CCI de 0.598 0.507 respetivamente o que representa uma concordância entre observadores moderada (WALTER et al., 1998), as restantes categorias apresentam valores de CCI que indicam a presença de correlações fortes a elevadas para a avaliação da fiabilidade do tipo concordância entre observadores.

Capítulo 5: Discussão

5.1. Introdução

Com o presente estudo pretendeu-se conceptualizar um instrumento de avaliação que permitisse operacionalizar o uso da CIF no contexto clínico, mais especificamente na área da disfagia em situação de pós-AVC.

A CIF, enquanto ferramenta de classificação, permite uma avaliação holística do indivíduo, uma vez que analisa não só as suas deficiências nas estruturas e funções do corpo, mas também as suas limitações e restrições de atividade e participação, bem como os factores ambientais que podem ter efeito na saúde ou nos estados relacionados com a saúde do indivíduo. Ao permitir esta visão, é indubitável a vantagem do uso desta ferramenta em situações que, até há relativamente pouco tempo, eram encaradas quase exclusivamente à luz do modelo médico, como é o caso da disfagia (TRAVIS T. THREATS, 2007).

Seguindo a linha de apresentação dos resultados, a discussão encontra-se organizada de acordo com as duas partes principais na execução do estudo, elaboração do protocolo e sua administração.

5.2. Elaboração do protocolo

Ao seleccionar as categorias, através de pesquisa bibliográfica e sessões de *brainstorming*, constatou-se que os termos usados pela CIF não correspondem linearmente aos termos usados pelos clínicos. Efetivamente a CIF fornece uma linguagem em parte distinta da que os especialistas usam na sua prática clínica, ficando assim patente a necessidade de experiência e domínio dos conceitos CIF, para que cada profissional consiga executar este processo de mapeamento.

Em concordância com o supracitado, o conceito de deglutição corresponde à categoria d510 – Funções de ingestão, o que significa que, ao que o profissional está habituado a designar de deglutição a CIF designa de ingestão. Efetivamente, e encarando a deglutição nas 4 fases que a constituem, as categorias d5100 – Sugar, d5101 – Morder, d5102 – Mastigar, d5103 – Manipulação dos alimentos na boca e d5104 – Salivação correspondem à fase preparatória oral; por sua vez a categoria d5105 – Deglutição corresponde às fases: oral propriamente dita, faríngea e esofágica, com a distinção feita através das categorias de quarto nível d51050 – Deglutição oral, d51051 – Deglutição faríngea e d51052 – Deglutição esofágica.

A opção metodológica de medir cada item segundo 3 fatores de medição torna a avaliação mais completa, uma vez que é classificada não só a intensidade com que o indivíduo sente o problema, mas também a interferência que este tem no seu dia a dia e ainda o número de dias em que o problema está presente. Independentemente do grau do problema, é diferente aquele que nos impede de realizar a nossa vida diária, daquele que não causa grande transtorno, bem como é distinto aquele problema que está presente todos os dias, daquele que sentimos ocasionalmente. O desenvolvimento de um quadro com regras de codificação que uniformizasse os critérios de avaliação de cada um dos fatores de medição demonstrou ser bastante benéfico.

5.3. Administração do Protocolo

5.3.1. Análise descritiva

Com a administração do protocolo verificou-se um desconhecimento, por parte dos doentes, do que são produtos e substâncias para consumo pessoal (e110) e produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária (e115), necessitando o entrevistador de fornecer exemplos desse tipo de produtos e/ou substâncias. Observou-se igualmente a influência da formação académica do profissional na orientação das questões e dos exemplos fornecidos, registando-se a sub-nomeação de algumas ajudas técnicas em prol de outras mais direcionadas para a prática clínica do profissional. Por exemplo as terapeutas da fala, em doentes com Sonda Nasogástrica (SNG) ou Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG²), não indicaram a cadeira-de-banho, mesmo sendo esta igualmente usada pelo doente.

Os valores encontrados na parte B do protocolo (Core Set) contribuem para a constatação de que esta metodologia de avaliação tem poder discriminativo dado que, entre as principais sequelas neurológicas decorrentes de AVC, se encontram as alterações de força muscular e as dificuldades em andar. Com efeito, e à semelhança do estudo desenvolvido por Martins (MARTINS, 2010), as categorias b370 – Funções da força muscular e d450 – Andar são as que apresentam valores médios mais elevados, 75 e 81, correspondendo a uma deficiência ou limitação grave (qualificador 3), acompanhadas pela categoria d550 – Comer, com valor médio de 63, também equivalendo ao qualificador 3. Esta última deve-se, provavelmente, à estreita ligação com as questões de força muscular do membro superior para o manuseamento dos talheres. Por sua vez, as restantes categorias apresentam valores compatíveis como deficiências ou limitações ligeiras (qualificador 1) a moderadas (qualificador 2), sendo que a categoria b110 – Funções de consciência apresentou um valor médio de 2, o que significa que, no âmbito CIF, situar-se-ia no

² Do inglês *Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*.

qualificador 0 (nenhuma deficiência). Este resultado pode estar relacionado com o facto de alterações nas funções de consciência implicarem a necessidade de cuidados de saúde especializados, prestados em hospitais de agudos e não em unidades de reabilitação. Também os valores encontrados na categoria e310 – Família próxima parecem confirmar que esta metodologia tem poder discriminativo, uma vez que é reconhecido o papel fulcral da família na reabilitação, tratamento e acompanhamento de um indivíduo em situação de pós-AVC, pelo apoio e motivação que proporcionam, constituindo o fator ambiental mais importante para o indivíduo com AVC (GEYH et al., 2004).

No que concerne aos valores obtidos na Parte C (Componentes da deglutição), constatou-se que valores mais elevados na categoria b5105 – Deglutição corresponderam à utilização de substâncias e produtos para uso pessoal específicos na alimentação, nomeadamente, os participantes que obtiveram 69 e 100 de deficiência nessa categoria tinham dietas com consistências específicas, dieta pastosa e dieta líquida respetivamente, ou seja, utilizavam alimentos especialmente confeccionados (e110). De forma similar, os mesmos doentes utilizavam produtos e tecnologias para uso pessoal (e115) que lhes permitia alimentação e/ou hidratação por via alternativa, SNG e PEG. Observa-se então que, perante alterações de deglutição, são usados substâncias e produtos específicos possíveis de identificar através dos fatores ambientais da CIF. Verificou-se ainda que nestes doentes as limitações nas atividades d550 – Comer e d560 – Beber obtiveram os valores máximos, 88 e 100 para um dos doentes e 78 e 100 para o outro. Considera-se então que o protocolo tem poder discriminativo e é sensível à interação entre os vários componentes da CIF, permitindo uma abordagem multidimensional da funcionalidade e incapacidade.

Segundo o estudo desenvolvido por Martins (MARTINS, 2010), esta metodologia de avaliação parece ter facilidade em captar as categorias de produtos e tecnologias facilitadoras, o que vai ao encontro dos resultados obtidos no presente estudo, em que todas as categorias pertencentes ao domínio dos fatores ambientais foram codificadas como facilitadores. Embora prontamente qualificados como facilitadores, com valores de média correspondentes a facilitadores graves/elevados ou extremos (qualificador 3), a atribuição de um valor para a intensidade da ajuda de um determinado fator ambiental manifestou-se uma tarefa complexa para este tipo de doentes que, ao encontrarem-se em regime de internamento, ainda não vivenciaram a sua atual condição de saúde no seu contexto sócio-familiar habitual. No caso da categoria e110 – Produtos e substâncias para consumo pessoal, apesar de todos os doentes qualificaram a categoria como facilitadora, verificou-se que eles não controlam a terapêutica que lhes é ministrada. Este resultado vai ao encontro do encontrado por Martins (MARTINS, 2010) e pode ser interpretado à luz da crescente medicalização e polimedicalização da população atual.

Na categoria e115 – Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária constatou-se que a cadeira-de-banho é usada pela grande maioria dos doentes e que muitos deles não imaginam como decorreria o seu momento de higiene na sua ausência, o que condiciona a avaliação da sua intensidade como facilitador. Também na categoria e310 – Família próxima, surgem dúvidas aquando da atribuição de um nível para os fatores interferência e frequência pois, embora em muitos dos casos a família não estivesse com o doente ao longo do dia, todos os dias, o doente sabia que a família estava permanentemente contactável, com muitos deles a usar o telemóvel como meio de comunicação.

Refletindo acerca dos aspetos menos positivos verificou-se que a interpretação do conceito “alterações”, presente nas questões introdutórias dos itens do protocolo, foi uma dificuldade experienciada tanto pelos doentes quanto pelos profissionais, sendo necessário esclarecer que essas alterações não se referiam a evoluções na atual condição de saúde mas sim a alterações comparativamente ao “normal”.

Mais uma vez, a distinta linguagem fornecida pela CIF conduziu a alguma dificuldade de apreensão dos novos conceitos, por exemplo, o conceito de beber é genericamente associada ao ato de levar a bebida à boca e ingeri-la contudo, em linguagem CIF o beber inclui também os atos de abrir garrafas ou latas. Esta constatação vem salientar a importância da experiência no uso da CIF e espelha a complexidade desta ferramenta de classificação.

Estipulou-se na primeira hipótese, que o protocolo criado permitia classificar disfagia decorrente de AVC, considerando-se que esta é suportada pela análise descritiva supracitada.

5.3.2. Propriedades psicométricas

Relativamente à validade de critério da Parte C do protocolo (Componentes da deglutição), esta ficou assegurada pelos resultados do teste Spearman (Tabela 12) que indicam a existência de correlações estatisticamente significativas entre a categoria b510 – Funções de ingestão e as categorias de terceiro nível a ela subordinadas, b5100 – Sugar, b5101 – Morder, b5102 – Mastigar, b5103 – Manipulação dos alimentos na boca e b5105 – Deglutição. Esta correlação não foi, no entanto, observada para a categoria b5104 – Salivação, que se julga dever a uma ideação do conceito por parte do entrevistador. Tendo em conta a subjetividade da avaliação desta função, associada ao conhecimento das possíveis alterações observadas em doentes com disfagia orofaríngea decorrente de AVC (das quais não constam alterações na produção de saliva), o entrevistador considerou por defeito, a ausência de alterações de salivação na maioria dos entrevistados.

Relativamente à fiabilidade do tipo consistência interna, os valores do alpha de Cronbach para a Parte B do protocolo (Core Set) foram reduzidos, tanto para a aplicação realizada pelo investigador (0.489), como para a aplicação levada a cabo pelo médico fisiatra (0.521), não atingindo valores considerados aceitáveis ($\alpha \geq 0.7$) (SPILIOTOPOULOU, 2009).

Considera-se que estes valores de consistência interna são resultado da variabilidade metodológica usada na recolha de dados consoante o caso, privilegiando a recolha do máximo de informação em detrimento de uma metodologia uniforme.

Por sua vez, os valores da consistência interna para a Parte C do protocolo (Componentes da deglutição) descrevem a existência de uma relação de unidimensionalidade entre os itens aceitável, com valores de alpha de Cronbach de 0.728 (consistência razoável) para a aplicação do investigador e de 0.812 (consistência boa) para a aplicação do terapeuta da fala.

As diferenças nos valores de consistência interna entre o Core Set e a Componentes da deglutição, podem ser explicadas pelas propriedades estatísticas do cálculo da consistência interna, efetivamente o valor de alpha de Cronbach aumenta com a presença de correlações mais elevadas entre os itens, o que é esperado na medida em que a Parte C do protocolo apresenta categorias que visam classificar um acontecimento mais específico e restrito, enquanto a Parte B apresenta categorias que visam classificar diversas funções bastante distintas. A variabilidade metodológica na recolha dos dados parece também justificar estas diferenças, a notar que o terapeuta da fala foi o observador que apresentou menor variabilidade de fontes de informação utilizadas, tendo sido o protocolo por si aplicado o que maior valor de consistência interna obteve.

No que refere à fiabilidade do tipo concordância entre observadores, a Parte B do protocolo apresenta globalmente características aceitáveis, atingindo na maioria das categorias valores indicativos de correlações entre moderadas ($CCI > 0.40-0.60$) a elevadas ($CCI > 0.80-1.00$) (WALTER et al., 1998). Resultados que se repetem na Parte C do protocolo.

No entanto, os valores obtidos no CCI parecem indicar dificuldades de concordância entre observadores na avaliação de categorias referentes aos fatores ambientais (e110 – Produtos e substâncias para consumo pessoal, e115 – Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária e e310 – Família próxima), que apresenta um CCI inferior a 0.6 (valor mínimo aceitável).

O estudo de Starrost (STARROST et al., 2008), realizado por dois terapeutas experientes no uso da CIF, obteve valores de concordância entre observadores moderada na aplicação da versão completa do Core Set da CIF para o AVC ao um total de 30 indivíduos. De forma similar, Martins (MARTINS, 2010) alcançou valores de concordância entre observadores estatisticamente significativos em resultado da administração da versão reduzida do Core Set para o AVC ao um total de 18 participantes.

Muito embora os valores de CCI do presente estudo sejam indicativos de uma concordância entre investigadores aceitável, quando estes não são analisados globalmente, verifica-se a existência de valores que sugerem dificuldade na avaliação de determinadas categorias, nomeadamente, as categorias dos fatores ambientais (como já referido), tanto para Parte B como para a C, e as categorias b110 – Funções da consciência e s110 – Estrutura do cérebro. Estas categorias com valores de CCI inferiores a 0.6 (valor mínimo aceitável) podem, à semelhança da análise da consistência interna, resultar da metodologia pouco rígida usada para o preenchimento do protocolo. Ao contrário do estudo desenvolvido por Martins (MARTINS, 2010), em que ambos os entrevistadores seguiram a mesma metodologia de avaliação, com recurso exclusivo ao respondente primário como fonte de informação, estruturando a entrevista através de um guião de apoio, no presente estudo optou-se pela recolha do máximo de informação com recurso a diversas fontes de informação.

Deste modo, não só a pouca experiência no uso da CIF, por parte dos observadores, justificam estes resultados, como se considera que o protocolo não é robusto o suficiente para suportar várias metodologias de recolha de dados em simultâneo. Neste sentido, apraz afirmar que o recurso ao maior número de fontes de informação para descrever o perfil funcional de um indivíduo, como é sugerido pela *Checklist* da CIF, não conduz a resultados consistente, tornando-se patente a necessidade de seguir uma metodologia estruturada e bem definida na avaliação no âmbito da CIF.

As diferenças encontradas entre o presente estudo e o estudo de Martins (MARTINS, 2010), os quais partilham do mesmo objetivo de contribuir para a validação de uma metodologia de avaliação no âmbito da CIF, podem ser também justificadas pelo estágio de evolução da situação dos participantes. O presente estudo foi desenvolvido em doentes em situação de pós-AVC recente, cuja reabilitação estava a ser efectuada em contexto hospitalar num centro de medicina de reabilitação. Por sua vez o estudo de Martins (MARTINS, 2010) foi desenvolvido num estágio de evolução da situação de pós-AVC em que a reabilitação se realiza na comunidade (Clínicas de reabilitação), ou seja, quando o AVC é já considerada uma condição de saúde crónica (STUCKI et al., 2008).

Relativamente à discussão da segunda hipótese, o protocolo criado é um instrumento válido e fiável, considera-se que esta foi parcialmente atingida, uma vez que a validade foi provada, contudo os resultados obtidos para a fiabilidade foram ainda pouco aceitáveis.

Capítulo 6: Conclusões

6.1. Resumo do trabalho

Com a mudança paradigmática que a CIF veio introduzir na sociedade atual, a disfagia deixa de ser encarada exclusivamente como uma incapacidade crónica para passar a ser vista como uma potencial limitação social, ou seja, com implicações ao nível da funcionalidade do indivíduo, do seu envolvimento na sociedade, e não exclusivamente como uma perturbação ao nível de uma das funções do seu corpo (TRAVIS T. THREATS, 2007).

O presente trabalho veio demonstrar que é possível descrever disfagia decorrente de AVC através das categorias CIF, bem como quantificar alterações nas funções do corpo, limitações nas atividades e/ou restrições na participação e fatores ambientais segundo os três fatores de medição preconizados (intensidade, interferência, frequência). Constituiu, deste modo, um contributo para o crescente conhecimento ao nível da operacionalização da CIF, em especial do seu uso na prática clínica como ferramenta de avaliação e medição da funcionalidade.

Verificou-se que o perfil funcional de um indivíduo em situação de pós-AVC pode ser descrito através do Core Set para o AVC (versão reduzida), e completado com outras categorias CIF de forma a descrever mais detalhadamente certas condições específicas que surgem como consequência do AVC, como é o caso da disfagia.

6.2. Sistematização dos resultados

Através da análise descritiva foi possível concluir que o protocolo criado permite classificar disfagia decorrente de AVC. Verificou-se igualmente que este instrumento descreve não só o perfil funcional de um doente com disfagia em situação de pós-AVC, como também retrata a interação entre os vários componentes da CIF, onde uma alteração num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos (OMS, 2004). Com os resultados obtidos foi possível observar que deficiências de deglutição representavam maiores limitações nas atividades comer e beber, bem como implicavam o recurso a fatores ambientais específicos.

O protocolo desenvolvido demonstrou ser um instrumento válido na classificação da disfagia decorrente de AVC, com a categoria CIF b510 – Funções de ingestão a obter valores que apontam como estatisticamente representativa das categorias de terceiro nível que a constituem.

Os resultados relativos à fiabilidade do instrumento criado foram os menos animadores, com obtenção de valores de consistência interna abaixo dos valores mínimos aceitáveis para o Core Set, e valores de concordância entre observadores fracos na qualificação de algumas

categorias CIF. Contudo, apesar destes resultados não terem permitido a total validação da fiabilidade do instrumento, eles permitem tecer conclusões que vêm contribuir significativamente para a evolução do processo de aplicação da CIF como ferramenta prática.

6.3. Limitações do trabalho

A principal limitação do estudo reporta-se ao reduzido número de participantes com disfagia, apenas 7 participantes em 30 (correspondente a 23%), o que condiciona a generalização dos resultados obtidos.

A dimensão da amostra, em particular, no cálculo da consistência interna da Parte C do protocolo (n=24 para o investigador e n=19 para o terapeuta da fala), é igualmente apontada como fator limitativo.

O facto dos doentes estarem em regime de internamento, apesar de ter sido critério de inclusão para a constituição da amostra pode, ao findar o trabalho, ser analisado como limitação. Efetivamente, um doente que se encontra internado ainda não experienciou a sua condição de saúde no seu contexto sócio-familiar, não descrevendo a avaliação realizada o real impacto das perturbações no seu quotidiano, isto é, a avaliação realizada aproxima-se mais da capacidade do que propriamente do desempenho, uma vez que um centro de medicina de reabilitação poder-se-á considerar um ambiente “padronizado” ou uniforme.

6.4. Trabalhos futuros

Os resultados obtidos levam a afirmar que a continuidade e aprofundamento da metodologia aqui proposta podem constituir não só um contributo para a operacionalização da CIF, como também para a estruturação de intervenções e a promoção de uma maior efetividade na comunicação entre equipas, especialmente na área da reabilitação.

Encarando este trabalho como um estudo exploratório na introdução da CIF na prática clínica, em especial na disfagia, e de acordo com as limitações, sugere-se o seu aprofundamento: aumentando o número de participantes com disfagia; generalizando a sua aplicação a outros contextos (por exemplo contexto sócio-familiar); verificando como obter o qualificador de uma categoria de nível superior partindo dos qualificadores das categorias de níveis inferiores que a constituem.

De forma a aumentar a consistência dos dados relativos às propriedades psicométricas do instrumento sugere-se que a formação dos observadores em relação à CIF seja mais desenvolvida e padronizada, bem como a recolha de informações para o preenchimento do protocolo siga uma metodologia estruturada e bem definida.

Bibliografia

BARRITT, ANDREW W.; SMITHARD, DAVID G. - Role of Cerebral Cortex Plasticity in the Recovery of Swallowing Function Following Dysphagic Stroke. Dysphagia. Vol. 24 (2009), p. 83-90.

BARROS, ANNA FLÁVIA FERRAZ; FÁBIO, SORAIA RAMOS CABETTE; FURKIM, ANA MARIA - Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da Tomografia Computadorizada de Crânio em pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico na fase aguda da doença. Arq Neuropsiquiatr. Vol. 64, n.º 4 (2006), p. 1009-1014.

BASSI, ANA ELISA RIBEIRO [et al.] - Associação entre disfagia e o topodiagnóstico da lesão encefálica pós-acidente vascular encefálico. CEFAC. Vol. 6, n.º 2 (2004), p. 135-142.

BLEECKX, DIDIER - Disfagia: Evaluación y reeducación de los transtornos de la deglución. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA, 2004.

CIEZA, A.; STUCKI, G. - The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. Eur J Phys Rehabil Med. Vol. 44, n.º 3 (2008), p. 303-313.

CIEZA, ALARCOS [et al.] - ICF Linking Rules: an update based on lessons learned. J Rehabil Med. Vol. 37 (2005), p. 212-218.

COSTA, MILTON; CASTRO, LUIZ DE PAULA - Tópicos em Deglutição e Disfagia. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

DAHL, TÓRA H. - International Classification of Functioning, Disability and Health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. J Rehabil Med. Vol. 34 (2002), p. 201-204.

DANIELS, STEPHANIE K. [et al.] - Lesion Site in Unilateral Stroke Patients with Dysphagia. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. Vol. 6, n.º 1 (1996), p. 30-34.

ERTEKIN, CUMHUR; AYDOĞDU, İBRAHİM - Neurophysiology of swallowing. Clinical Neurophysiology. Vol. 114 (2003), p. 2226-2244.

FALSETTI, PAOLO [et al.] - Oropharyngeal Dysphagia after Stroke: Incidence, Diagnosis and Clinical Predictors in Patients Admitted to a Neurorehabilitation Unit. Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease. Vol. 18, n.º 5 (2009), p. 329-335.

FEDERICI, STEFANO; MELONI, FBIO; PRESTI, ALESSANDRA LO - International Literature Review on WHODAS II. Life Span and Disability. Vol. XII, n.º 1 (2009), p. 83-110.

FERRO, JOSÉ; PIMENTEL, JOSÉ - Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento. Lisboa: LIDEL - Edições Técnica, Lda., 2006.

FURKIM, ANA MARIA; SANTINI, CELIA SALVIANO - Disfagias Orofaríngeas. 2ª edição. São Paulo: Pró-fono, 2004.

GEYH, SZILVIA [et al.] - ICF Core Sets for Stroke. J Rehabil Med. Vol. 44 (2004), p. 135-141.

GRANLUND, MATS; ERIKSSON, LILLY; YLVÉN, REGINA - Utility of International Classification of Functioning, Disability and Health's participation dimension in assigning ICF codes to items from extant rating instruments. J Rehabil Med. Vol. 36 (2004), p. 130-137.

HAMDY, SHAHEEN [et al.] - Organization and reorganization of human swallowing motor cortex: implications of recovery after stroke. Clinical Science. Vol. 98 (2000), p. 151-157.

HAMDY, SHAHEEN [et al.] - Recovery of Swallowing After Dysphagic Stroke Relates to Functional Reorganization in the Intact Motor Cortex. Gastroenterology. Vol. 115 (1998), p. 1104-1112.

HENRIQUES, ROSA ARMINDA NEVES - O Registo Clínico Eletrónico na Avaliação da Disfagia em Adultos. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2009. 98 f. Dissertação de Mestrado.

HUMBERT, IANESSA A.; ROBBINS, JOANNE - Normal Swallowing and Functional Magnetic Resonance Imaging: A Systematic Review. Dysphagia. Vol. 22, n.º 3 (2007), p. 266-275.

JACOBI, JULIANA DA SILVA; LEVY, DEBORAH SALLE; SILVA, LUCIANO MÜLLER CORRÊA DA - Disfagia: Avaliação e Tratamento. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

JELSMA, JENNIFER - Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. J Rehabil Med. Vol. 41 (2009), p. 1-12.

LEONARD, REBECCA; KENDALL, KATHERINE - Dysphagia Assessment and Treatment Planning - A Team Approach. London: Singular Publishing, 1997.

LOGEMAN, JERI A. - Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. Second Edition. Austin: Pro-Ed, 1998.

MACEDO-FILHO, EVALDO DACHEUX DE; GOMES, GUILHERME F.; FURKIM, ANA MARIA - Manual de Cuidados do Paciente Disfágico. São Paulo: Lovise, 2000.

MALAGELADA, J. R. [et al.] - Disfagia. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines

2004. Disponível em

WWW:<URL:http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/dysphagia_pt.pdf>.

MANN, GISELLE - MASA: The Mann Assessment of Swallowing Ability: Dysphagia Series. Canada: Singular, 2002.

MARCHESAN, IRENE QUEIROZ - Fundamentos em Fonoaudiologia - Aspectos Clínicos da Motricidade Orofacial. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.

MARTIN, RUTH E.; SESSLE, BARRY J. - The Role of the Cerebral Cortex in Swallowing. Dysphagia. Vol. 8 (1993), p. 195-202.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa, 2004.

PADOVANI, ALINE RODRIGUES [et al.] - Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia (PARD). Rev Soc Bras Fonoaudiol. Vol. 12, n.º 3 (2007), p. 199-205.

RESNIK, LINDA; PLOW, MATTHEW A. - Measuring Participation as Defined by the International Classification of Functioning, Disability and Health: An Evaluation of Existing Measures. Arch Phys Med Rehabil. Vol. 90 (2009), p. 856-866.

ROCKLAND, ADRIANO; BORBA, JÚLIO - Primeiros Passos na Fonoaudiologia 1ª edição Brasil: Pulso, 2005.

SPAVC - Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [em linha]. [Consult. 16 de Abril de 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.spavc.org/engine.php?cat=59>>.

STUCKI, G. [et al.] - Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. Disability and Rehabilitation. Vol. 24, n.º 5 (2002), p. 281-282.

STUCKI, G. [et al.] - ICF - based classification and measurement of functioning. Eur J Phys Rehabil Med. Vol. 44, n.º 3 (2008), p. 315-328.

TEMPEST, STEPHANE; MCINTYRE, ANNE - Using the ICF to clarify team roles and demonstrate clinical reasoning in stroke rehabilitation. Disability and Rehabilitation. Vol. 28, n.º 10 (2006), p. 663-667.

TRAVIS T. THREATS, PH.D.- Use of the ICF in Dysphagia Management: Seminars in Speech and Language. 2007.

WHO- Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF. Geneva, 2002.
Disponível em
WWW:<URL:<http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>>.

Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética



Ministério da Saúde
CMRRC
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais

Comissão de Ética para a Saúde

Ex.ma Senhora
Terap. Carolina Oliveira

Quinta da Fonte Velha
2150-012 Anobra

Sua referência

Sua comunicação de

Data
23.02.2011

Nossa referência

ASSUNTO: “Contributos da Classificação Internacional de Funcionalidade para avaliação da Disfagia no pós-AVC”

No exercício das suas competências, a CES do CMRRC-RP, em acordo com o estabelecido na lei e nos códigos deontológicos, reuniu a 23 de Fevereiro de 2011, tendo deliberado emitir parecer **favorável** à proposta de estudo sobre a investigação em causa, “Contributos da Classificação Internacional de Funcionalidade para avaliação da Disfagia no pós-AVC” que pretende efectuar no CMRRC - Rovisco Pais, reforçando a necessidade de manter o anonimato dos questionários.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

(Dr. Luís André)



Anexo 2: Consentimento Informado



MCFA | 2009/2010

CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Por favor responda às questões que se seguem colocando uma cruz na coluna da resposta apropriada:

	Sim	Não
Eu li a folha de Informação aos Participantes		
Eu recebi toda a informação adequada sobre este estudo		
Estou satisfeito com as respostas às minhas perguntas		
Eu compreendo que posso desistir do estudo em qualquer altura		
Foi-me permitido colocar questões e discutir o estudo		
Falei com Carolina Oliveira		
Eu concordo em participar neste estudo		

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Nome do investigador:

Assinatura do investigador:

Data:

Nº do Participante:

1

Anexo 3: Protocolo Disfagia no AVC



MCFA | 2009/2010

PROTOCOLO - DISFAGIA NO AVC

Ao completar este protocolo, use toda a informação disponível. Por favor, assinale o que for utilizar:

- [1] Registos escritos []
- [2] Respondente primário []
- [3] Outros informantes []
- [4] Observação directa []

Data __/__/__ (dia/mês/ano)

A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA e de SAÚDE

A.1 Nº DE PARTICIPANTE _____

A.2 SEXO

(1) [] Feminino (2) [] Masculino

A.3 DATA DE NASCIMENTO __/__/__ (dia/mês/ano)

A.4 CONCELHO _____

A.5 ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL __

A.6 ESTADO MATRIMONIAL ACTUAL (Selecione apenas uma opção)

- (1) Nunca foi casado []
- (2) Actualmente casado []
- (3) Separado []
- (4) Divorciado []
- (5) Viúvo []
- (6) Coabitação []

A.7 OCUPAÇÃO ACTUAL (Selecione apenas uma opção)

- (1) Emprego assalariado []
- (2) Trabalha por conta própria (autónomo) []
- (3) Não assalariado, voluntário/caridade []
- (4) Estudante []
- (5) Doméstica/Dona de casa []
- (6) Aposentado []
- (7) Desempregado (razão de saúde) []
- (8) Desempregado (outra razão) []
- (9) Outro [] (por favor especifique) _____

A.8 DIAGNÓSTICO MÉDICO das Principais Condições de Saúde

- 1. Não existe nenhuma Condição Médica []
- 2. código da CID: __. __. __. __. __
- 3. código da CID: __. __. __. __. __
- 4. código da CID: __. __. __. __. __



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

MCFA | 2009/2010

5. Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém a sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos []

Data do AVC _____

A.9 MEDICAÇÃO

1. Não existe nenhuma Medicação []

2. _____ 4. _____

3. _____ 5. _____

A.10 ALTURA: _____ cm

A.11 PESO: _____ Kg

A.12 MÃO DOMINANTE (anterior à condição de saúde)

Esquerda [] Direita [] Ambidestro []

A.13 FOI HOSPITALIZADO NO ÚLTIMO ANO?

NÃO []

SIM []

Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?

1. _____; _____. Quantos Dias _____

2. _____; _____. Quantos Dias _____

3. _____; _____. Quantos Dias _____



MCFA | 2009/2010

B. CIF – AVC (Versão Resumida do Core Set)**b110 Funções da consciência**

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de turbacão da consciência ou de mudançās no estado de vigília, de alerta e de consciência?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

b114 Funções da Orientação

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de desorientação em relação ao tempo, ao lugar ou da consciência da sua própria identidade ou dos outros?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

b167 Funções mentais da linguagem

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de alteração no reconhecimento e/ou utilização da linguagem oral, escrita ou de sinais (por exemplo, sinais feitos pelas mãos e outros movimentos)?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

b730 Funções da Força Muscular

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de alteração de força muscular?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

MCFA | 2009/2010

s110 Estrutura do cérebro

Nos últimos 7 dias, teve alguma manifestação relacionada com alguma alteração ocorrida no seu cérebro?

Grau	Natureza	Localização

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

Natureza: [0] Nenhuma mudança na estrutura | [1] Ausência total | [2] Ausência parcial |
[3] Parte adicional | [4] Dimensões aberrantes | [5] Descontinuidade |
[6] Posição desviada | [7] Mudanças qualitativas na estrutura

(incluindo acumulação de fluidos) | [8] Não especificado | [9] Não aplicável

Localização: [0] Mais de uma região | [1] Direita | [2] Esquerda | [3] Ambos os lados |
[4] Parte anterior | [5] Parte posterior | [6] Proximal | [7] Distal |
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

d330 Falar (avaliação do desempenho)

Nos últimos 7 dias, teve alterações na fala?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

d450 Andar (avaliação do desempenho)

Nos últimos 7 dias, teve alterações no andar?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável



MCFA | 2009/2010

d530 Cuidados relacionados com os processos de excreção

(avaliação do desempenho)

Nos últimos 7 dias, teve alterações nos cuidados com os processos de excreção?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável**d550 Comer (avaliação do desempenho)**

Nos últimos 7 dias, teve alterações a alimentar-se ou a comer?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável**e310 Família Próxima**

Como classifica a influência da família próxima no seu dia-a-dia?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:**Facilitador:** [+1] Nenhuma | [+2] Ligeira | [+3] Moderada | [+4] Grave | [+5] Completa / Não faz
[+8] Não especificado | [9] Não aplicável**Obstáculo:** [1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável



MCFA | 2009/2010

C. COMPONENTES DA DEGLUTIÇÃO

b510 Funções de ingestão

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de alteração nas funções de ingestão relacionadas com a introdução e manipulação de alimentos sólidos ou líquidos através da boca?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

b5100 Sugar

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de alteração em sugar, aspirar para a boca através da força de sucção produzida pelos lábios, bochechas e língua?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

b5101 Morder

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de alteração em morder, cortar ou rasgar os alimentos com os dentes da frente?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

b5102 Mastigar

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de alteração em mastigar, triturar ou moer os alimentos com os dentes de trás?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável



MCFA | 2009/2010

b5103 Manipulação dos alimentos na boca

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de alteração em manipular os alimentos na boca, movendo-os com os dentes e a língua?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

b5104 Salivação

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de alteração na produção de saliva na boca?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

b5105 Deglutição

Nos últimos 7 dias, teve algum episódio de alteração em deglutir, engolir?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

s320 Estrutura da boca

Nos últimos 7 dias, teve alguma manifestação relacionada com alguma alteração ocorrida na sua boca?

Grau	Natureza	Localização

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

Natureza: [0] Nenhuma mudança na estrutura | [1] Ausência total | [2] Ausência parcial |
[3] Parte adicional | [4] Dimensões aberrantes | [5] Descontinuidade |
[6] Posição desviada | [7] Mudanças qualitativas na estrutura
(incluindo acumulação de fluidos) | [8] Não especificado | [9] Não aplicável



MCFA | 2009/2010

Localização: [0] Mais de uma região | [1] Direita | [2] Esquerda | [3] Ambos os lados |
[4] Parte anterior | [5] Parte posterior | [6] Proximal | [7] Distal |
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

d550 Comer (avaliação do desempenho)

Nos últimos 7 dias, teve alterações a alimentar-se ou a comer?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

d560 Beber (avaliação do desempenho)

Nos últimos 7 dias, teve alterações a beber?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

[1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal

Utiliza produtos ou substâncias para consumo pessoal, como alimentos ou medicamentos, no seu dia-a-dia?

NÃO []

SIM [] *Se SIM, por favor*

Especifique: _____

E qualifique:

Como classifica a influência dos produtos ou substâncias para consumo pessoal, como alimentos ou medicamentos, no seu dia-a-dia?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:

Facilitador: [+1] Nenhuma | [+2] Ligeira | [+3] Moderada | [+4] Grave | [+5] Completa / Não faz
[+8] Não especificado | [9] Não aplicável

Obstáculo: [1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável



Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção Primária

Secretaria de Saúde da Família

MCFA | 2009/2010

e115 Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária

Utiliza produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária no seu dia-a-dia?

NÃO ☐SIM ☐ Se SIM, por favor

Especifique: _____

E qualifique:

Como classifica a influência de produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária no seu dia-a-dia?

Grau	Interferência	N.º Dias

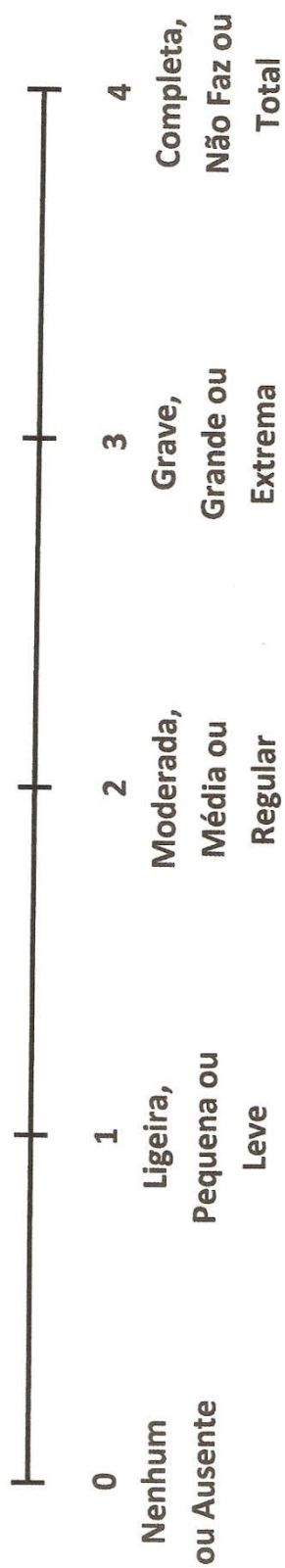
Codificação:**Facilitador:** [+1] Nenhuma | [+2] Ligeira | [+3] Moderada | [+4] Grave | [+5] Completa / Não faz
[+8] Não especificado | [9] Não aplicável**Obstáculo:** [1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável**e310 Família próxima**

Como classifica a influência da sua família próxima no seu dia-a-dia?

Grau	Interferência	N.º Dias

Codificação:**Facilitador:** [+1] Nenhuma | [+2] Ligeira | [+3] Moderada | [+4] Grave | [+5] Completa / Não faz
[+8] Não especificado | [9] Não aplicável**Obstáculo:** [1] Nenhuma | [2] Ligeira | [3] Moderada | [4] Grave | [5] Completa / Não faz
[8] Não especificado | [9] Não aplicável

Anexo 4: Escala Visual Analógica



Anexo 5: Folha de Informações



UNIVERSIDADE DE AVEIRO

MCFA | 2009/2010

FOLHA DE INFORMAÇÕES

1. Introdução

O meu nome é Carolina Oliveira, sou aluna do Mestrado em Ciências da Fala e da Audição da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro e gostaria de o/a convidar para participar no estudo que tenho de realizar. Contudo, antes de decidir se gostaria de participar, é importante que compreenda os objectivos do estudo e o que ele envolve. Peço-lhe que leia atentamente as informações que se seguem e que as discuta com parentes e/ou amigos se, assim, o desejar. Por favor, sinta-se à vontade para me contactar e colocar todas as questões que lhe surjam, caso alguma informação não esteja suficientemente clara ou caso queira mais informações (o número de telefone e morada encontram-se no final desta folha).

2. Informação adicional

A Organização Mundial de Saúde desenvolveu alguns instrumentos para avaliar a condição de saúde das pessoas. Há também a necessidade de propor novas metodologias de avaliação que precisam de ser testadas antes de puderem ser divulgadas e utilizadas pelos profissionais de saúde para avaliar os seus utentes. É necessário verificar se os instrumentos e metodologias de avaliação dão o mesmo resultado que outros testes que já existem. Assim, este estudo tem como objectivo testar instrumentos e metodologias de avaliação para verificar se estes dão informação correcta.

3. Será que sou a pessoa adequada para participar neste estudo?

Para participar neste estudo, procuramos pessoas que tenham tido um acidente vascular cerebral (trombose) e que se encontrem ainda em fase de internamento.

4. Sou obrigado a participar no estudo?

A decisão de participar ou não no estudo é sua! Se decidir participar ser-lhe-á pedido que assine a folha do consentimento informado e que nos dê uma entrevista. **Se decidir participar e depois quiser desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura e sem dar nenhuma explicação.**

5. O que irá acontecer se eu decidir participar?

Se decidir participar no estudo, realizar-lhe-ei uma entrevista, que demorará cerca de 45 minutos e terá lugar no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco

Nº do Participante:.....

1



MCFA | 2009/2010

Pais. Durante a entrevista serão feitas perguntas sobre a sua saúde e o modo como esta interfere nas suas actividades do dia-a-dia (exemplos: comer, andar, relacionar-se com outras pessoas). **Não é obrigado a responder a todas as perguntas. Responde apenas às perguntas que quiser.** O horário das entrevistas será combinado consigo para que não interfira com o seu tratamento ou outras actividades que realize.

6. O que tenho de fazer?

Apenas tem que responder às perguntas que lhe são colocadas. Volto a referir que não tem que responder a todas as perguntas se não quiser.

7. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

O estudo realiza-se no âmbito de um projecto de Mestrado e não o ajudará a si directamente. Contudo, os resultados deste estudo irão ajudar os investigadores a desenvolver novas metodologias de avaliação que poderão, no futuro, vir a ser utilizadas pelos profissionais de saúde para avaliar os seus utentes.

8. O que acontecerá aos resultados do estudo?

Uma vez concluído o estudo, os seus resultados serão apresentados sob a forma de teses de Mestrado e poderão também vir a ser publicados numa revista de investigação.

9. Será assegurada a confidencialidade dos dados?

O seu anonimato será sempre garantido, pelo que a informação recolhida será codificada e mantida estritamente confidencial para todos os que não estejam directamente envolvidos no estudo.

Contacto do aluno (caso queira colocar dúvidas ou questões):

Carolina Oliveira

Telemóvel: 938233840

E-mail: a35783@ua.pt

Contacto do orientador:

Se estiver interessado em obter mais informações poderá também contactar o Professor Doutor António Amaro em qualquer altura, através dos seguintes contactos:

Morada: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Campus Universitário de Santiago, Edifício III, 3810-193 Aveiro.

Telefone: 234372447; Extensão: 22106

E-mail: antonio.amaro@ua.pt

Nº do Participante:.....

2